

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 444

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juin 1898, à 1 heure

Par HENRY-RENÉ MIOT

Né à Ancey (Côte-d'Or) le 27 mars 1872

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA CONDUITE

à tenir dans la

RÉTENTION PLACENTAIRE

à la suite de l'avortement

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. } KIRMISSON, professeur.
 } SEGOND et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

414

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juin 1898, à 1 heure

Par HENRI-RENÉ MIOT

Né à Ancey (Côte-d'Or) le 27 mars 1872

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA CONDUITE

à tenir dans la

RÉTENTION PLACENTAIRE

à la suite de l'avortement



Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. } KIRMISSON, professeur.
 } SEGOND et VARNIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique.	LANDOUZY
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTHIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	REITTERER	WIDAL
Q ELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA CONDUITE

à tenir dans la

RÉTENTION PLACENTAIRE

à la suite de l'avortement

DÉFINITION ET DÉLIMITATION DU SUJET

S'il est une question controversée en obstétrique, c'est assurément celle de la conduite à tenir en présence de la rétention du placenta dans l'avortement.

Elle a divisé les accoucheurs de tous les temps.

Des discussions sans fin se sont élevées entre eux et aujourd'hui encore cette question est toujours à l'ordre du jour.

Dans notre travail nous ne voulons pas examiner la thérapeutique entière de la rétention placentaire.

Il nous faudrait en effet successivement examiner 1° la conduite que l'on doit tenir lorsque cette rétention est compliquée d'hémorrhagie ou d'infection ; 2° celle que l'on

doit suivre lorsque cette rétention, quoique prolongée, reste simple, ne se complique d'aucun accident.

Notre thèse portera uniquement sur cette dernière question.

L'accoucheur est appelé pour un avortement. L'expulsion fœtale est faite, mais le placenta reste dans la cavité utérine un temps plus ou moins long. Que doit-il faire ?

Doit-il intervenir ? S'il intervient, quand interviendra-t-il ? Et comment interviendra-t-il ?

Telles sont les questions que nous nous proposons d'étudier dans notre travail.

Mais auparavant nous devons remercier les maîtres à qui nous devons nos connaissances médicales.

A M. le docteur Comby nous adressons tous nos remerciements pour ses excellentes leçons de thérapeutique infantile.

Nos premiers mois de stage se sont écoulés dans le service de M. le Docteur Chauffard. Nous ne saurions lui être trop reconnaissant de la tâche ingrate qu'il s'était donnée en se proposant de nous enseigner les premières notions de médecine.

Nous sommes allé ensuite dans le service de M. le Docteur Schwartz. Nous n'oublierons jamais avec quels soins ce maître examinait les malades et avec quels scrupules il observait les règles de l'antisepsie.

Notre première année d'externat s'est passée dans le service de M. le professeur Duplay. D'excellents chefs de clinique, MM. Demoulin et Cazin nous ont enseigné avec bienveillance la pratique chirurgicale, tandis que le maî-

tre dans de savantes cliniques élucidait les difficultés du diagnostic chirurgical.

Nous avons passé notre troisième année dans le service de M. le docteur Dreyfus-Brissac, médecin des hôpitaux. Nous ne saurions trop le remercier de la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant toute cette année et du zèle qu'il a mis à nous enseigner la thérapeutique, cette science si aride lorsqu'elle est étudiée dans les livres mais si intéressante au lit du malade.

Quant à notre deuxième année, elle a été partagée entre deux maîtres, M. le docteur Charrin et M. le docteur Potocki.

Que M. le docteur Charrin reçoive nos remerciements pour les excellentes leçons de pathologie générale.

Mais c'est à M. le docteur Potocki que doit aller notre plus vive gratitude. Il nous a tout d'abord accueilli dans son service d'accouchements de l'Hôtel-Dieu avec une extrême bienveillance, ayant bien voulu nous enseigner jusqu'aux plus petites choses de la pratique obstétricale. C'est en outre à lui que nous devons le sujet de cette thèse. Il a bien voulu nous permettre en même temps de recueillir les observations qui sont consignées à la fin de ce travail dans les différents services où il fut successivement appelé à faire des remplacements. Pour toutes ces raisons, nous ne saurions lui garder une trop vive reconnaissance.

Que M. le professeur Pinard reçoive l'expression de nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

CAUSES DE LA RÉTENTION PLACENTAIRE

Avant d'entrer dans le cœur même de notre sujet, il nous paraît nécessaire de donner un court exposé des causes de la rétention placentaire, car dans le cours de notre étude nous aurons plusieurs fois occasion d'y faire appel.

A l'exemple de Gerbaud (1) nous rangerons les causes de cette rétention en trois groupes :

1° Causes anatomophysiologiques dépendant du développement incomplet de l'utérus et de l'œuf.

2° Causes pathologiques amenant la rétention par l'intermédiaire d'un état pathologique de l'utérus ou des enveloppes de l'œuf.

3° Causes extrinsèques dépendant d'une intervention maladroite de l'accoucheur.

1. *Causes anatomophysiologiques :*

On sait que pendant la grossesse il se passe de nombreux modi-

1. Gerbaud *Thèse d'agrégation*, 1886.

fications profondes dans la musculature utérine. Kölliker les a très bien étudiées :

« La tunique musculaire subit une augmentation de volume d'où dépend principalement l'accroissement de l'utérus. Deux phénomènes concourent à produire cette augmentation : l'accroissement de volume des éléments musculeux déjà existants et la formation d'éléments musculeux nouveaux. Le premier est si considérable que les fibres cellules contractiles au lieu de $0^{\text{mm}},05$ à $0^{\text{mm}},07$ de longueur et $0^{\text{mm}},005$ de largeur qu'elles présentent habituellement mesurent au cinquième mois $0^{\text{mm}},14$ à $0^{\text{mm}},27$ dans le sens de la longueur de $0^{\text{mm}},005$ à $0^{\text{mm}},014$ et même $0^{\text{mm}},02$ dans le sens de la largeur ; au sixième mois l'augmentation est encore plus considérable, de sorte qu'elles deviennent sept à onze fois plus longues et deux à sept fois plus larges. La production de nouvelles fibres musculaires s'observe surtout pendant la première partie de la grossesse et dans la couche interne de la tunique musculaire ; on trouve là une multitude de jeunes cellules de $0^{\text{mm}},02$ à $0^{\text{mm}},04$ de diamètre, présentant toutes les formes transitoires aux fibres cellules de $0^{\text{mm}},05$ à $0^{\text{mm}},07$ de longueur ; rien de semblable ne se remarque dans les couches extérieures. Cette génération de fibres musculaires paraît s'arrêter au sixième mois ; du moins n'ai-je trouvé dans l'utérus, pendant la vingt-sixième semaine de la grossesse, que des fibres-cellules énormes sans aucune trace des formes antécédentes ».

En outre ces fibres musculaires subissent une striation manifeste, comme l'a démontré le professeur Ranvier,

Dès lors, il est facile de voir que plus on se rapprochera du terme de la grossesse, plus les propriétés contractiles de l'utérus seront considérables.

Au début, au contraire, elles n'expulseront que difficilement le délivre.

La rétention est encore favorisée par la rigidité et la longueur du col utérin qui oppose un obstacle assez considérable à la sortie du placenta.

Le col en effet se ramollit de bas en haut, de l'orifice externe vers l'orifice interne, pendant le cours de la grossesse. Voici d'après Ribemont-Dessaignes et Lepage (1), la marche progressive de ce travail ;

« A la fin du premier mois, la muqueuse seule du museau de tanche est ramollie et le doigt éprouve à ce moment une sensation analogue à celle que fournirait une table recouverte d'un drap ou d'une bande de caoutchouc.

Au quatrième mois, le col est ramolli dans une étendue de 3 millimètres environ.

Au sixième mois, la moitié du museau de tanche est modifiée (environ 5 millimètres) ».

Au sixième mois l'orifice interne est donc loin d'être ramolli. Or, pour que le contenu de l'utérus puisse être facilement expulsé, il faudrait, comme dans l'accouchement à terme, successivement que le col s'efface et que la dilatation se fasse. Mais le col ne peut pas s'effacer avant d'être complètement ramolli. En réalité, le col s'entr'ouvre, s'évase, se creuse en forme d'entonnoir et le fœtus après s'y être engagé est finalement chassé dehors.

1. Ribemont-Dessaignes, et Lepage. *Précis d'obstétrique*, 3^e édition.

Mais cet infundibulum a d'autant plus de tendance à se refermer, qu'il n'a pas subi toutes les modifications successives que nous avons énumérées plus haut. Le placenta n'ayant pas la même rigidité que le fœtus ne pourra le forcer aussi facilement, il aura beaucoup de chances d'être retenu, même quand il sera décollé.

Du côté de l'œuf nous trouvons aussi de nombreuses causes de rétention de délivre.

Pour mieux les montrer étudions les rapports que présente l'œuf avec la paroi utérine dans le cours de son développement.

Le premier mois l'œuf n'adhère que faiblement à la paroi utérine par la caduque séroline peu différente de la caduque vraie ; le moindre traumatisme, la moindre congestion menstruelle déterminera facilement l'expulsion complète de l'ovule.

Au deuxième mois les villosités ont envahi le chorion, celui-ci est « devenu placenta par toute sa surface », l'adhésion à l'utérus est déjà plus forte que précédemment néanmoins les mêmes causes provoquent encore assez facilement la sortie complète de l'œuf.

A partir du troisième mois le placenta est formé : et bientôt après les caduques utérine et ovulaire arrivent au contact et se soudent. Les liens qui rattachent l'utérus à son contenu sont à leur maximum de solidité à cette époque. L'expulsion de l'œuf aura lieu le plus souvent en deux temps : le fœtus d'abord, le délivre ensuite. Mais celui-ci par suite de ses adhérences multiples à la paroi utérine ne sera que difficilement décollé.

Et alors même que le décollement aurait lieu ce délivre

ne sera que difficilement expulsé. Cela tient au volume trop considérable du placenta. Comparons, en effet, le poids du placenta à celui du fœtus :

Voici des chiffres précis donnés par Hecker.

Au troisième mois le poids moyen du fœtus est de 11 grammes, celui du placenta de 36 grammes.

Au quatrième mois, fœtus 57 grammes, placenta 80 grammes.

Au cinquième mois, fœtus 284 grammes, placenta 178 grammes.

Au troisième et au quatrième mois le poids du placenta est donc plus considérable que celui du fœtus, le placenta ne pourra donc passer par la même filière que le fœtus. Et si l'on se figure en outre qu'au lieu d'adapter sa forme au passage étroit qu'il doit traverser, au lieu de s'effiler, le délivre le plus souvent se tasse, se ratatine sur lui-même et même prend parfois la forme « d'un bouchon de champagne » on comprend que toutes ces difficultés puissent amener la rétention de l'arrière-faix.

L'insertion vicieuse du placenta étant défavorable au mode d'action des fibres musculaires utérines est une nouvelle source de rétention.

Nous en dirons autant de cette forme de placenta, connue sous le nom de placenta succenturié et de la grosse masse placentaire qui se trouve dans les grossesses gémellaires.

Voici une observation de placenta succenturié empruntée à la thèse de Rambaud (1).

1. Rambaud. *De la rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement*. Thèse de Paris, 1883.

OBSERVATION I

« Il nous souvient, dit Rambaud, que M. Pinard, suppléant M. le professeur Pajot, nous présenta un jour à son cours, le 6 juillet 1880, un placenta dont les cotylédons étaient disposés et insérés sur tout le pourtour de l'œuf. La rétention de ce placenta l'avait obligé à l'extraire par l'introduction de la main. Le décollement très laborieux et très pénible avait dû être fait cotylédon par cotylédon. »

D'autre part, MM. Maygrier et Demelin (1), sur six cas d'avortement gémellaire, ont observé six fois la rétention du délivre.

2^o Causes anatomo-pathologiques.

Le déviation de l'axe de la matrice, l'antéflexion, la rétro-flexion, etc.; une métrite antérieure, les fibromes utérins surtout s'ils sont sous-muqueux, les altérations des villosités placentaires (dégénérescence kystique fibreuse, hydatiforme), l'hypertrophie placentaire due à la syphilis sont au nombre de ces causes.

1. Maygrier et Demelin. *Etude sur l'avortement gémellaire. Archives de tocologie*, 1892.

3. Causes extrinsèques.

Ces causes, comme nous l'avons déjà dit, sont dues à une intervention maladroite de l'accoucheur.

Si celui-ci administre du seigle ergoté à une parturiente dans le but de faciliter l'expulsion du délivre, il se produit le plus souvent, un effet contraire au but qu'il se proposait. Mais cette cause de rétention est rare aujourd'hui depuis la phrase célèbre de Pajot : « Celui qui administre de l'ergot alors que l'utérus contient encore quelque chose est un assassin ».

De même, d'après Gerbaud, l'accoucheur qui essaie de pratiquer l'extraction du délivre immédiatement après la sortie du fœtus ne fait le plus souvent que d'en favoriser la rétention.

CHAPITRE II

DOIT-ON-INTERVENIR ?

Historique.

Cela posé, revenons à notre sujet proprement dit.

Lorsque, le fœtus étant expulsé, le délivre est resté dans la cavité utérine que devons-nous faire ?

Devons-nous enlever ce placenta de suite ?

Devons-nous attendre qu'il soit expulsé spontanément ?

C'est là une question à laquelle nous allons essayer de répondre.

Mais auparavant jetons un coup d'œil sur la ligne de conduite, suivie par les accoucheurs de tous les temps. Peut-être pourrons-nous dégager de cette étude certaines notions qui nous aideront à formuler une réponse à la question posée.

Les Anciens, eux, cherchaient tous à débarrasser l'utérus de son contenu. Ils étaient interventionnistes.

Hippocrate laissait d'abord l'enfant attaché au cordon ombilical, le couchant sur une outre remplie d'eau qui se

vidait peu à peu par une ouverture ménagée dans ses parois. Si le cordon était rompu, il remplaçait l'enfant par un poids, de manière à rompre les adhérences utéroplacentaires.

Dans l'avortement ce moyen échouait fréquemment, aussi Hippocrate était-il alors plus interventionniste.

Il introduisait la main dans l'utérus et extrayait le délivre.

Celse, Aétius, Paul d'Egine, Avicenne, Abulcasis suivaient la même conduite.

Tous ces auteurs, outre ces manœuvres, provoquaient chez la femme des mouvements volontaires ou réflexes, des vomissements, des accès de toux, des éternûments, à l'aide de poudres irritantes, sternutatoires, etc. ; espérant par ces mouvements provoquer des secousses utérines capables d'expulser le placenta.

Au XVI^e siècle, Ambroise Paré s'élève contre ces pratiques qu'il trouve dangereuses.

Il conseillait de commencer d'abord par l'injection dans la matrice « de choses aromatiques, glaireuses et émollientes ». Si on échouait il fallait recourir à une thérapeutique plus active : « La sage-femme mettra sa main doucement dans la matrice, ointe d'huile ou de quelque axonge et suivra le nombril qui lui servira de guide pour prendre l'arrière-faix, et le séparera s'il est encore adhérent contre le fond de la matrice avec les doigts seulement le tournant de côté et d'autre et le tirera non par violence comme le font les folles et idiotes matrones, car en le tirant rudement on peut rompre et dilacérer quelques veines, artères ou fibres et ligaments veineux où la dite matrice est liée et

attachée dont le sang sort; et étant sorti de ses propres vaisseaux se corrompt et se putréfie, cause inflammation, gangrène et par conséquent la mort. »

Guillemeau recommande aussi d'agir avec prudence si la rétention se prolonge : « C'est chose certaine, dit-il, qu'après que l'enfant est sorti du ventre de sa mère, que ledit arrière-faix est contre nature qui ne requiert sinon que d'être osté et mis dehors, pourquoi il faut de deux choses l'une ou que le vif chasse le mort ou que le mort tue le vif ; et même qu'iceluy étant retenu il apporte de très pernicieux accidents, comme défaillance, oppression et suffocation de la mère, voire même en se pourrissant peut être occasion de mort. Pour à quoi obvier, il faut être diligent à le faire sortir ou tirer sans se précipiter et patienter un peu en le maniant et esbranlant toujours. »

Au XVII^e siècle, Mauriceau (1) (1668), indécis entre l'expectation et l'intervention, semble cependant pencher un peu plus en faveur de l'intervention. Si le placenta ne sort pas on pourra commander à une garde bien avisée de presser légèrement avec le plat de sa main le ventre de l'accouchée le menant doucement en bas, comme par manière de friction et ayant égard surtout à ne pas le faire trop rudement. Mais si pour cela on ne peut encore l'avoir on sera obligé de porter la main dans l'utérus. C'est donc Mauriceau qui a imaginé la méthode d'expression utérine, méthode connue aujourd'hui sous le nom de méthode de Crédé.

Au commencement du XVIII^e siècle, Deventer (1701),

1. Mauriceau. *Maladies des femmes grosses et accouchées*, 1668.

Paul Portal, de Lamotte, Haller se montrent partisans d'une intervention active.

Leurs successeurs au contraire sont d'un avis absolument opposé.

En 1724, Ruysch (1), ayant cru découvrir au fond de l'utérus un muscle destiné à expulser le placenta « *musculus contrusor placenta* » considérait comme « une chose mauvaise » toute intervention. Il laissait à ce muscle le soin de délivrer l'utérus.

Puzos (2), confiant dans les ressources de la nature temporise également.

Smellie (3), n'a pas des idées très nettes sur la conduite à tenir ; tantôt il se montre interventionniste, tantôt c'est l'inverse, et cela sans raison bien nette.

Au milieu du XVIII^e siècle, Recolin (4), dans un mémoire présenté à l'Académie, recommande le premier les injections intra-utérines chaudes pour débarrasser l'utérus « des portions d'arrière-faix qui y restent après les fausses couches comme aussi pour arrêter les pertes de sang. » C'est lui l'inventeur des injections intra-utérines.

Levret (5) (1766) est indécis : s'il ne peut extraire le placenta par son cordon et s'il ne peut introduire la main dans l'utérus, il recommande les « injections d'eau tiède et à grands flots dans la cavité utérine » et condamne l'emploi des médicaments internes.

1. Ruysch. *Tractatio de anatomica de musculo*, etc. (1726).

2. Puzos. *Traité des accouchements* (1756).

3. Smellie. *Ann. de Machestock*, tome I, page 168.

4. Recolin. *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie* (1757).

5. Levret. *Art des accouchements* (1766).

Pour Baudelocque (1) (1778) : si l'accoucheur est près de la femme au moment de la rupture de la poche des eaux, il doit introduire un ou deux doigts dans l'orifice de la matrice pour entretenir son irritabilité et l'empêcher de revenir sur elle-même. Si l'accoucheur n'est appelé qu'après la rupture des membranes il doit : « se borner à solliciter vivement l'action de la matrice et à la faire contracter avec assez d'énergie pour achever de détacher et d'expulser le placenta. »

Au XIX^e siècle, Mme Lachapelle (2) et Mme Boivin (3), sont de purs partisans de l'expectation.

Le professeur Moreau (4) résumait toute sa conduite dans ces trois mots : « J'ai su attendre ».

Jacquemier (5), au contraire est un partisan énergique de l'intervention. Il conseille, quand le travail abortif traîne en longueur, de dilater mécaniquement l'orifice interne du col.

H. Chailly (6), recourt sans hésiter au seigle ergoté et à la curette de Récamier, lorsque les injections vaginales ne suffisent pas à empêcher la putréfaction du placenta.

Cazeaux (7), trouve préférable « d'attendre et de bien se garder de vouloir extraire immédiatement le placenta ».

1. Baudelocque. *L'art des accouchements* (1778).

2. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, 1825.

3. Mme Boivin. *Mémorial des accouchements*, 1836.

4. Moreau. *Traité pratique d'accouchements*, 1846.

5. Jacquemier. *Manuel des accouchements*, 1846.

6. H. Chailly. *Traité pratique de l'art des accouchements*, 1861.

7. Cazeaux. *Traité de l'art des accouchements*, revu par Tarnier, 1870.

Il recommande aussi moins vivement l'emploi du seigle ergoté : « C'est un moyen auquel il faut avoir recours mais sur lequel cependant il ne faut pas trop compter ». Enfin il n'emploie pas la curette de Récamier.

Guéniot (1), conseille l'extraction manuelle du placenta ou délivrance artificielle, le rectum et la vessie étant préalablement vidés ; mais il condamne absolument l'intervention instrumentale qu'il considère comme « beaucoup plus dangereuse et plus incertaine que le doigt prudemment dirigé ».

On doit toujours commencer par les injections intra-utérines, elles ont une action mécanique efficace en entraînant hors de l'utérus les débris du placenta ; de plus elles excitent la matrice à se contracter et à expulser le corps étranger qu'elle contient.

La dilatation avec un ballon de caoutchouc fait l'office de tampon, arrête l'hémorrhagie et sollicite les contractions utérines.

En résumé, Guéniot conseille les injections intra-utérines, la dilatation à l'aide du ballon et le décollement digital.

C'était à cette époque le plus interventionniste des accoucheurs français.

Mais déjà depuis quelques années, depuis l'invention de la curette par Récamier en 1846, une conduite beaucoup plus active était suivie par les accoucheurs allemands.

Pour ces accoucheurs, en effet, c'est un principe de ne pas laisser dans l'utérus le placenta et ses membranes ;

1. Guéniot. *Bulletin de thérapeutique*, tome LXXIII, 1867.

il y a là un danger, qu'ils veulent à tout prix éviter ; aussi emploient-ils : le grattage, le curage, le curettage, quelques-uns même incisent le col et profitent de l'élargissement ainsi obtenu pour procéder à l'extraction du délivre.

Nous empruntons la liste de ces auteurs aux thèses si complètes d'Audebert (1), de Lucas (2) et de Colomby (3).

Osiander, E. Martin et Duvullus interviennent aussitôt que l'avortement est commencé, ils n'attendent même pas l'expulsion du fœtus, et procèdent à l'extraction de l'œuf soit en entier, soit par morceaux.

Scanzoni cherche autant que possible à avoir l'œuf en entier.

S'il ne peut y parvenir à l'aide de la main, il emploie la curette.

J. Veit extrait le délivre rapidement : le col est-il fermé il le dilate à l'aide de l'éponge préparée.

Est-il ouvert, il excite la face interne de l'utérus à l'aide d'une sonde ou du doigt et presse en même temps avec l'autre main sur la paroi abdominale. S'il échoue il recourt aux tractions sur le cordon, au curettage utérin et cautérise ensuite la paroi utérine à l'aide d'injections de perchlorure de fer ou d'acide phénique à 5 0/0. Il cite 26 cas

1. Audebert. Thèse de Bordeaux, 1890. *De l'intervention dans l'infection puerpérale post abortive.*

2. Lucas. Thèse de Paris, 1896. *Traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet.*

3. Colomby. Thèse de Paris, 1898. *Recherches sur la rétention du placenta dans l'avortement.*

sur lesquels il n'a eu qu'un accident syncopal dû au chloroforme.

Bœters, Munde et Fehling recourent aussi à la curette mousse ou tranchante.

Fehling n'intervient que 16 heures après l'expulsion du fœtus ; il résume ainsi les motifs qui le portent à agir :

« Dans l'avortement normal on n'est jamais sûr qu'il ne reste rien dans l'utérus. Plus l'œuf est jeune, plus il est adhérent.

2° Le tamponnement ne suffit pas toujours contre les hémorrhagies : il faut donc intervenir ensuite.

3° Si on pratique le tamponnement, il faut souvent retirer le tampon pour éviter l'infection, d'où nouvelle perte de sang. Il vaut mieux enlever toute cause d'accident immédiatement.

4° Dans la pratique, surtout à la campagne il est impossible d'attendre.

5° Enfin l'intervention est inoffensive si elle est aseptique ».

Nous ne ferons qu'énumérer les interventionnistes allemands de ces derniers temps :

Fritsch, Rabenau, Huetes, Vert, Prochownitz, Osterloch, Pick (de Coblenz), Moser Konrad, C. Braûn, Ploonies, Kûstner, Kuppenheim, Olshausen, Greuser, etc.

Les expectants, par contre, ne sont qu'en petit nombre : Kœhrer n'agit qu'à partir de la 3^e ou 4^e semaine,

Schroëder attend l'expulsion spontanée et repousse l'intervention manuelle ou instrumentale.

Hegar, A. Martin et Spiegelberg sont tantôt expectants tantôt interventionnistes.

Pour Schwartz, s'il y a hémorrhagie, recourir au tamponnement ; s'il y a infection : curage digital et en cas d'échec, curage instrumental.

En Angleterre et en Amérique les interventionnistes sont un peu moins nombreux qu'en Allemagne.

Ramsbotham à l'exemple de Scanzoni cherche à avoir l'œuf en entier.

Churchill et Blundell n'interviennent que lorsqu'il y a quelque chose de grave.

Tyler Smith préconise le curage digital.

Priestly intervient aussi par le curage digital au bout de six heures de rétention.

Simpson fait le curettage.

Macdonald recourt au curage digital.

Barnes considère comme nécessaire de vider l'utérus après dilatation s'il y a lieu.

Playfair préconise le tamponnement et intervient avec le doigt s'il y a urgence.

Lusk vide l'utérus aussitôt qu'il le peut.

Les expectants au contraire sont en plus grand nombre.

Pour Meigs l'expectation est une méthode exempte de tout danger.

Churchill après avoir été interventionniste revient à l'expectation.

« Une plus grande expérience m'a fait moins craintif ; je laisse la nature faire son œuvre dans ces cas ; j'interviens quelquefois hâtivement, mais beaucoup plus à contre cœur ».

Hodge n'intervient que lorsqu'il est forcé.

Eismann, Denmau, attendent et recourent au tamponnement contre l'hémorrhagie.

Le docteur Walter-Coles de St-Louis n'intervient qu'après une indication pressante.

Burns, Ingleby, Dewees, soutiennent qu'il est impossible d'intervenir dans les cinq premiers mois : « La cavité utérine est beaucoup trop petite pour admettre la main ou les doigts ou même un seul ; en conséquence, toute tentative d'enlèvement du placenta faite avec la main seulement échouera presque toujours.

En Suisse, Wisard (1) dans sa thèse rapporte qu'il n'y a que des interventionnistes : « M. le professeur Vulliet, tant dans sa clientèle qu'à la Policlinique de Genève, M. le professeur Vaucher à la Maternité, MM. les professeurs Jacques et Auguste Reverdin, Jentzer, les docteurs Chenevière, Rapin, etc. on fait cette opération des centaines de fois et ils en sont si satisfaits qu'ils sont des partisans convaincus de la méthode de l'intervention. Les observations de râclage dans l'avortement sont si nombreuses qu'on n'en prend même plus note à tel point que lorsque je me suis adressé à mes confrères suisses pour avoir des observations chacun me répondait invariablement : « J'ai fait cette opération bien souvent, mais je n'ai pris que fort peu de notes sur le sujet, tant je le considère comme banal ».

Si nous quittons l'étranger pour revenir en France nous constatons que sous l'influence allemande le nombre

1. Wisard. *Intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement* (Thèse de Paris, 1888).

des interventionnistes s'accroît peu à peu surtout dans ces derniers temps.

Tout d'abord le professeur Pajot, Depaul, Bâilly, le professeur Tarnier préconisent la méthode expectante. L'apparition de l'antisepsie ne changea rien aux choses.

Elle ne fit que fortifier la méthode expectante en permettant à ces accoucheurs de prévenir les accidents.

C'est alors que MM. Tarnier et Budin (1) préconisèrent les injections intra-utérines répétées et le tamponnement vaginal ; MM. Pinard et Varnier (2) l'irrigation continue contre l'infection et les injections chaudes contre l'hémorrhagie.

L'expectation était la seule conduite tenue par les accoucheurs français.

Gerbaud dans sa thèse d'agrégation de 1886 résume ainsi la conduite expectante tenue à cette époque : « Si les accidents septicémiques se sont déclarés, que faut-il faire ? Il faut s'en tenir à la méthode antiseptique, mais elle doit être appliquée d'une façon très rigoureuse. Les injections antiseptiques seront employées d'une façon pour ainsi dire continues ; toutes les 2 heures toutes les heures s'il le faut. Elles seront composées des liquides plus concentrés, plus chargés de principes antiseptiques. Enfin dans les cas graves on pratiquera l'irrigation continue. »

Contre l'hémorrhagie ce même auteur recommande

1. Tarnier et Budin, *Traité d'accouchement*, 1886.

2. Pinard et Varnier, *Irrigation continue comme traitement de l'infection puerpérale*, *Annales de gynécologie* décembre, 1885, janvier 1886.

l'emploi du tamponnement vaginal, mais il ne le laisse en place que vingt-quatre heures.

Ce n'est qu'après l'introduction de la curette en France par M. Doléris que commencent à apparaître les interventionnistes. Dans un mémoire qu'il fit paraître à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie (1), en mars 1886 cet auteur, à l'exemple des Allemands, préconisait le curettage d'emblée, c'est-à-dire avant l'apparition de tout accident, dans la rétention placentaire.

Miraschi, un de ses plus fervents élèves, résume ainsi, dans les *Archives de tocologie* de 1888, les arguments sur lesquels repose la méthode.

« 1° D'après l'avis unanime de tous les maîtres, l'antisepsie absolue du conduit génital est impossible à réaliser en pratique.

2° Elle est impossible à réaliser à la campagne.

3° L'antisepsie est impuissante à enrayer des phénomènes infectieux déclarés.

4° L'antisepsie ne pare pas à l'hémorrhagie.

5° Les petites hémorrhagies amènent l'affaiblissement de la femme aussi bien que les grandes.

6° Enfin les femmes ne peuvent pas toutes rester au lit un mois ou deux à se faire des injections ».

Les nombreux travaux de Doléris et de ses élèves rendirent peu à peu les expectants plus hardis.

C'est ainsi que le professeur Tarnier, dans la thèse de

1. Doléris. *Bulletin et Mem. de la Société d'Obst. et de Gynécologie*, Séance du 11 mars 1886.

Vibert (1) 1891, commence timidement, il est vrai, à recourir à la curette quand les injections intra-utérines sont impuissantes à enrayer l'infection.

Plus tard, en 1894, dans ses leçons sur l'Antisepsie et l'Asepsie en obstétrique (2), revenant sur la même question, il s'exprime ainsi : « Pour arrêter l'hémorrhagie, on aura recours aux traitements suivants qu'on appliquera successivement : 1° On fera des injections vaginales et intra-utérines chaudes à 48° ou 50° ; 2° on procédera à l'extraction du placenta au moyen du doigt ou de la pince ; 3° si l'extraction est impossible ou si l'hémorrhagie continue après la sortie du placenta, on pratiquera le tamponnement vaginal ; 4° enfin on pratiquera le curetage.

Lorsqu'il y a infection, on emploiera : 1° les injections vaginales et intra-utérines répétées ; 2° l'extraction du placenta à l'aide des doigts ou de la pince ; 3° le curetage suivi d'une injection utérine antiseptique et d'un nettoyage fait avec un écouvillon chargé de glycérine créosotée ».

M. le professeur Pinard dans la thèse de Bourgogne (3), 1891 et celle de Brion (4) 1893, dans les mêmes circonstances recourent au curage digital.

Mais ce n'est qu'à partir de 1896, à partir du mémoire

1. Vibert. *Du traitement de la rétention du placenta dans l'avortement*, Paris 1891.

2. Tarnier. *Leçons sur l'antisepsie et l'asepsie en obstétrique*, 1894.

3. Bourgogne. *De la conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement*, Paris 1891.

4. Brion, *530 cas d'avortements*. Thèse de Paris, 1895,

de MM. Chaleix-Vivie et Audebert (1) que la majorité des accoucheurs français se décident à adopter la méthode interventionniste d'emblée. Voici les conclusions de ces deux auteurs :

« En dehors de tout accident l'expectation pure est pour nous une imprudence.

La malade reste en imminence d'hémorrhagie et d'infection. Si le placenta tarde à sortir, l'extraire avec le doigt et la curette.

En tout cas, toutes les fois que la malade ne pourra être soumise à une surveillance effective, nous considérons comme une faute de la quitter sans l'avoir mise dans l'impossibilité absolue d'avoir en notre absence une hémorrhagie secondaire ».

L'année dernière au mois de juillet 1897, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, M. Maygrier rapportait qu'il intervenait de bonne heure :

« 1° Toutes les fois que la rétention s'accompagne d'accidents tels que hémorrhagie, odeur des lochies, signes d'infection même légers.

2° Dans les cas de placentas multiples, car dans les avortements gémellaires, la rétention prolongée du délivre peut donner lieu rapidement aux accidents les plus graves en raison du volume considérable de la masse placentaire.

3° Dans certains cas où l'on a des doutes sur l'origine de l'avortement et où il y a lieu de supposer qu'il est le résultat de manœuvres abortives.

1. Chaleix-Vivie et Audebert. *Traitement de l'avortement incomplet*, 1896.

4° Toutes les fois enfin que la rétention se prolonge au-delà de 3 ou 4 jours bien que sans accident et qu'il n'y a plus tendance à l'expulsion et que le col se referme ».

M. le professeur Pinard dans une leçon rapportée dans la thèse de Coustols (1) intervient même en l'absence de tout accident : « Quand la femme ne peut être surveillée. Quand la malade est surveillée et à l'abri des accidents lorsque sa situation ne lui permet pas de prolonger son séjour au lit. Il est inutile d'attendre plus de deux jours l'expulsion du délivre ».

Notre maître, M. le docteur Potocki, suit la même conduite.

1. Coustols, *Rétention du placenta, ses complications après l'avortement*. Thèse de Paris, 1898.

DISCUSSION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES

D'après cet exposé historique il est facile de voir qu'on peut ranger les accoucheurs en trois groupes, suivant la conduite qu'ils tiennent en présence de la rétention placentaire :

1° Les uns attendent l'expulsion spontanée du placenta, ils laissent la femme au lit jusqu'à ce que cette expulsion soit effectuée, et en attendant ils se contentent de faire chaque jour des injections vaginales antiseptiques afin de prévenir les complications. Si une hémorrhagie survient ou si l'infection éclate, ils luttent tant bien que mal contre ces accidents : à l'hémorrhagie ils opposent le tamponnement vaginal ou les injections vaginales à 48°, à l'infection les injections intra-utérines et au besoin l'irrigation continue. Comptant sur l'efficacité de ces moyens ils attendent toujours l'expulsion spontanée du délivre.

C'est ce qu'on a appelé les expectants armés.

2° Les autres attendent tout d'abord comme les précédents l'expulsion spontanée du délivre, en faisant chaque jour les injections vaginales antiseptiques ; mais s'il sur-

vient un accident, hémorrhagie ou élévation de température, ils ne se contentent plus comme eux d'opposer des moyens anodins à ces complications, ils débarrassent la femme de son délivre « *sublata causa, tollitur effectus* ».

Les uns portent la main, le doigt ou la curette dans la cavité utérine.

Les autres provoquent des contractions utérines destinées à expulser le délivre, à l'aide de moyens tels que l'ergot de seigle, le sulfate de quinine, le tamponnement intra-utérin, l'introduction de ballons dans l'utérus.

Ce sont les interventionnistes mitigés ou encore interventionnistes expectants ;

3° Enfin le troisième groupe est constitué par ceux qui, comme ces derniers, débarrassent la femme de son délivre, mais en outre la débarrassent le plus tôt possible, avant l'apparition de tout accident. Ils interviennent avant toute indication pathologique.

Ce sont les interventionnistes purs ou interventionnistes d'emblée.

Serons-nous avec les expectants armés ?

Nous devons dire tout d'abord que nous en sommes pas favorable à toute méthode expectante quelle qu'elle soit. Nous croyons qu'on ne doit pas attendre la sortie spontanée du placenta, car cette attente expose à certaines complications.

Sur quoi se fondent les auteurs qui préconisent cette conduite ? Ils prétendent que les complications qui peuvent survenir sont très rares.

Le professeur Tarnier (1), dans ses *Leçons sur l'Antisepsie et l'Asepsie en Obstétrique*, s'exprime ainsi : « Il n'y avait eu à la Maternité que vingt-quatre cas de rétention confirmée de placenta, et vingt-deux à la Charité, c'est donc quarante-six femmes qui étaient exposées à l'hémorrhagie et à l'infection putride. Et cependant sur ces quarante-six cas traités simplement par l'expectation antiseptique, sans intervention chirurgicale, il n'y avait eu qu'un seul décès ; lequel était dû à une pneumonie ».

Ils citent encore à l'appui de leur méthode des cas célèbres de rétention prolongée sans accidents. Gerbaud (2), résumant la thèse de Lacordelle (3), et ajoutant des cas personnels, cite les faits suivants : « Moreau a observé une rétention de dix-sept jours ; Depaul, Cazeaux, Mauriceau, Ducasse, Bouquenod ont vu des cas dans lesquels elle a varié de vingt jours à un mois : elle a varié d'un mois à deux mois dans les cas de Joulin, de M^{me} Callé, de Sainclair, Smellie, Ramsbotham et Chalot ; de deux mois à trois mois, dans les observations fournies par Ambroise Paré, Richard, Osiander, Piroudi, Velpeau, Desormeaux, Deubel, M^{lle} Laugel ; elle a duré de trois mois à quatre mois dans le cas d'Advena de Lubischin, de Chantreuil, de Jacob, de Reichmann, d'Anderson, d'Iago, de Depaul ; de quatre à cinq mois dans les obser-

1. Tarnier, *Leçons sur l'Antisepsie et l'Asepsie en Obstétrique* (1894).

2. Gerbaud. *Thèse d'agrégation* (1886).

3. Lacordelle. *Rétention prolongée du placenta*. Thèse de Montpellier (1884).

vations de Lathrop, de Martin, de Duguet. Enfin, Vannan parle d'un cas de six mois ; Kerkringius et Prost ont vu une rétention de huit mois ; et Guido une autre de quatorze mois. Pasta et Schenk, cités par Rambaud, auraient même vu, le premier une rétention de trois ans ; le second une rétention qui aurait duré dix-sept ans. »

Néanmoins il faut bien reconnaître que ces complications existent. Ce serait un tort de vouloir les nier.

Tout d'abord l'hémorrhagie. Il serait facile de citer de nombreux cas d'hémorrhagies survenues pendant la rétention placentaire.

Elles revêtent deux aspects. Tantôt cette perte sanguine survient brusquement et peut par son abondance menacer les jours de la malade :

Témoin les deux observations suivantes :

OBSERVATION 11

(Tirée du mémoire de Chaleix Vivie et Audebert, page 25).

Mme V..., 25 ans, fait, le 2 janvier 1895, une fausse couche de trois mois environ. Le fœtus seul est expulsé, puis rien ne vient. Lavages vaginaux antiseptiques.

Quatre jours après, la sage-femme, inquiète de cet état de choses, nous fait appeler. L'utérus dépasse le pubis de deux travers de doigts. Pas de douleur en aucun point. Température normale. Le col entr'ouvert admet la pulpe de l'index. Depuis l'expulsion du fœtus, aucun écoulement sanguin ou autre, pas de coliques.

Envies d'uriner fréquentes.

Nous avertissons l'entourage du danger que crée la rétention des annexes au double point de vue de l'hémorrhagie et de l'infection puerpérale et nous proposons de débarrasser l'utérus de son contenu au moyen d'un curettage. On nous demande une consultation avec un confrère qui est d'avis de laisser les choses en l'état et de se borner, puisqu'il n'y a ni perte de sang, ni mauvaise odeur, à maintenir l'antisepsie vaginale. Son avis prévaut et nous ne voyons plus la malade.

Dans la nuit du 9 janvier, c'est-à-dire 7 jours après la fausse couche et 3 jours après la consultation, nous sommes appelé en toute hâte auprès d'elle. Après quelques petites coliques, elle s'est mise brusquement à perdre du sang en abondance. Une grande injection vaginale très chaude demeure sans effet. Au toucher, le col paraît entr'ouvert, mais le doigt ne perçoit aucun élément placentaire. La malade est très affaiblie, son pouls est petit, sa peau est froide. Nous lui faisons une piqûre de caféïne; puis, la faisant maintenir en travers de son lit dans la position obstétricale, nous déprimons la paroi postérieure du vagin au moyen d'une valve. Nous pinçons le col utérin avec une pince tire-balles, puis nous tamponnons l'utérus et la cavité vaginale de gaze iodoformée taillée en lanière. On relève peu à peu l'état de la malade : boissons alcooliques chaudes, piqûres de caféïne, bouillottes, bandage roulé, les jambes maintenues relevées.

Le lendemain 10, bonne journée, état général meilleur, température normale; tampon utérin et vaginal ne cause aucune douleur. Miction spontanée.

Le 11, nous étant préparé à compléter plus activement notre intervention, nous demandons à faire placer la malade sur une table dans la position obstétricale. Nous dévidons le tampon vaginal et utérin; il ne s'écoule pas de sang. Lavage vaginal et

injection utérine de 3 litres d'eau sublimée à 0 gr. 25 pour 1000 avec la sonde de Doléris faiblement écartée.

Le doigt est introduit dans l'utérus et perçoit le placenta partiellement décollé, flottant et paraissant tenir par un de ses bords qui n'est pas accessible.

OBSERVATION III

(Tirée de Miraschi, *Traitement de l'avortement*, observation 29).

Mme C..., une de mes voisines, a fait, le 15 septembre 1888, une fausse couche de 6 mois pleins. Rétention du délivre sans hémorrhagie. On attend. A minuit le mari frappe désespérément à ma porte en criant : ma femme se meurt : Il n'exagérerait pas. Perte effrayante. Syncope, délire, refroidissement, soubresauts des tendons, toute la lyre : deux doigts peuvent pénétrer dans la cavité et touchent le délivre qui semble décollé. Séance tenante je l'extrais, après abaissement du col, avec une pince-forceps. Il n'est pas complet. Ecouvillonnage. Cessation de l'hémorrhagie. Suites normales. Anémie grave prolongée.

Tantôt au contraire, la perte est peu abondante, mais elle est répétée et par sa répétition même elle peut mettre la femme dans un tel état d'anémie que toute intervention soit sérieusement compromise. En outre, si cet accident se produit chez une femme ayant une tare morbide, chez une tuberculeuse, cette maladie subit une violente poussée.

Voici une observation de cette variété d'hémorrhagie :

OBSERVATION IV

(Tirée du *Traitement de l'avortement incomplet* de MM. Chaleix, Vivié et Audebert).

Marie P..., 35 ans, quintipare. Dernières règles le 30 mars. Vers le milieu de mai, perd du sang par suintement continu, ne cesse pas son travail. Le 18 juin, sans aucune douleur, hémorrhagie, expulsion de gros caillots qui n'ont pas été examinés. Elle se mit au lit. Prend des injections chaudes et se relève trois jours après, la perte ayant à peu près cessé.

Le 20 juin, nouvelle hémorrhagie qui s'arrête au bout de cinq jours pour révenir le 5 juillet. Cette fois la perte dure trois jours très abondante, paraît céder sous l'influence du repos et des injections chaudes et se transforme en suintement intermittent. Mais le 11 juillet, la perte recommence brusquement dans la matinée vers midi, avec une telle intensité que la malade, très effrayée, appelle son médecin, qui pratique, après une injection chaude antiseptique, un tamponnement vaginal soigneux et nous envoie chercher.

Nous la voyons à 4 heures : elle est pâle, affaiblie, les battements du cœur sont bons. T. 37°. L'utérus dépasse le pubis de deux travers de doigt. Le tamponnement vaginal est enlevé, aussitôt il s'écoule une grande quantité de sang. Aucun signe d'infection.

Le canal cervical est occupé par une masse placentaire qui paraît adhérente à la paroi antérieure de l'utérus.

Chloroformisation sur la demande expresse de la malade. Grand lavage à l'eau sublimée très chaude.

L'utérus est fixé au moyen d'une pince de Duplay placée sur la lèvre antérieure du col.

Avec la curette, nous détachons l'adhérence qui retient en un point limité le placenta.

Après une injection utérine chaude au sublimé, à 0 gr. 20/1000, nous introduisons à nouveau la curette. Le fond de l'utérus présente une convexité très saillante dans la cavité utérine, tandis que les cornes, surtout la corne droite sont en infundibulum très profond. Cependant nous promenons méthodiquement la curette en tous points et ramenons de nombreux débris de placenta et de muqueuse épaissie.

Badigeonnage vigoureux de la cavité utérine avec deux gros tampons d'ouate hydrophile, imprégnés de glycérine créosotée au tiers.

Lavage utérin et vaginal. Il ne s'écoule pas de sang. Cependant par prudence nous faisons un tamponnement utérin à la gaze iodoformée et bourrons également le vagin. L'opération a duré moins d'un quart d'heure.

Le tampon est enlevé le lendemain ; il n'exhale aucune mauvaise odeur ; malgré sa présence, la malade a pu uriner seule.

Injection vaginale. Pas d'écoulement sanguin. Température normale. L'opérée, entièrement remise, a pu se lever au bout d'une quinzaine de jours et partir pour la campagne. Retour des règles 35 jours après l'opération. Depuis elles ont été normales.

Quant à l'infection nous pourrions en citer de nombreux exemples empruntés aux différents auteurs. Nous nous contenterons d'en rapporter deux observations tirées de la thèse de Lucas (1).

1. Lucas. *Contribution à l'étude du traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet*. Thèse de Paris, 1895.

OBSERVATION V

(Tirée de la thèse de Lucas).

M. Marie, 34 ans, cartonnrière, jouissant d'une bonne santé habituelle, a été réglée à 14 ans et a eu deux accouchements à terme.

Le 20 janvier 1895. — Elle a fait chez elle, à 11 heures du matin, une fausse couche de 5 mois $1/2$.

Elle est amenée le soir à Lariboisière, elle ne perd pas et n'a pas de température.

Le placenta est en partie engagé dans le col, il ne dépasse pas l'orifice externe.

On lui donne des injections vaginales et on attend.

Le 21. — Même état, mais le col se referme.

Le soir, M. Jorand, interne, pratique le toucher et ramène le doigt couvert d'un liquide sanguinolent ayant une légère odeur.

A 10 heures du soir, la femme a un grand frisson : T. $39^{\circ},1$.

A 11 heures, on extrait avec la main, sous le chloroforme, un placenta fétide pesant 150 grammes.

Curettage, écouvillonnage à la glycérine créosotée, tamponnement intra-utérin.

Le 23, au matin, T. $37^{\circ},4$; au soir, T. $37^{\circ},8$.

Le septième jour la femme sort guérie.

OBSERVATION VI

(Tirée de la thèse de Lucas).

Primipare ayant eu ses dernières règles au mois d'août 1894 ?

Le 7 janvier 1895. — Elle commence à ressentir des douleurs, et le 9, à 11 heures du matin, elle expulse chez elle un fœtus.

Elle entre le même jour à Lariboisière ; examinée à son arrivée, on constate que le placenta est dans le col. La température est normale, elle a très peu perdu.

On lui donne des injections vaginales et on attend.

Le 10 et le 11. — Même état.

Le 12. — En la touchant, on constate que le doigt sent un jeu et à deux heures du soir elle a un grand frisson, T. 40°4.

M. Jorand interne du service pratique l'extraction manuelle du placenta qui dégage une odeur infecte. Irrigation intra-utérine abondante, curettage, écouvillonnage à la glycérine créosotée et tamponnement utéro-vaginal.

Le soir T. 37°8.

Le 13 janvier 1895. — La malade est pâle et fatiguée, le matin on enlève le tamponnement, T. 37°7 ; le soir on donne une injection intra-utérine, T. 37°8.

Le 14. — L'état général est bon ; le matin T. 37°6, le soir, T. 39°8.

Le 15. — Au matin frisson de 20 minutes, T. 40°4, le soir T. 37°8. Pendant quelques jours la température oscille autour de 38°, puis revient à la normale.

L'infection en outre est éminemment favorisée par le décollement placentaire et la décomposition d'une masse plus ou moins volumineuse du délivre.

Dans le premier cas, en effet, le placenta ayant opéré sa complète évolution est devenu un corps étranger dans l'utérus, il est incapable de se défendre contre l'invasion microbienne et il entre bientôt en putréfaction. « Quand le fœtus est mort, dit Gerbaud, quand par conséquent le délivre a subi cette imbibition spéciale qui le caractérise alors, quand enfin il se décolle facilement, ce qui indique qu'il est bien mort, la putréfaction s'établit avec une rapidité inouïe ».

C'est avec une fréquence extrême qu'elle a été notée dans l'accouchement gémellaire. Dans les six observations qu'ils ont rapportées Maygrier et Demelin (1) ont noté deux fois la mort par suite d'infection.

L'hémorrhagie et l'infection sont des accidents qui peuvent survenir dans toute rétention placentaire si courte soit-elle. Mais lorsque cette rétention se prolonge quelque peu lorsque l'utérus garde son contenu un certain laps de temps la femme est exposée à des accidents d'un nouveau genre qui ne sont pas les moins intéressants.

Tout d'abord la présence du placenta dans l'utérus empêche celui-ci de revenir à son état normal, de subir sa répression physiologique, il reste en état permanent de subinvolution. Il reste plus gros et plus mou qu'il ne de-

1. Maygrier et Demelin. *Étude sur l'avortement gémellaire* (Arch. de tocologie, 1892).

vrait l'être. Au lieu de se cacher derrière la symphyse pubienne, il la déborde et reste accessible à la main. Cet état favorise éminemment les déviations utérines, la rétroflexion, l'antéflexion, le prolapsus utérin. Le col, de son côté, reste aussi gros, ramolli et entr'ouvert. Il offre un passage facile aux microbes qui pullulent dans le vagin malgré les soins antiseptiques auxquels on soumet ce conduit.

Le délivre à son tour finit par subir certaines modifications qui ont été bien étudiées dans ces derniers temps.

Lorsqu'il ne reste que des débris placentaires, ces débris peuvent par leur présence irriter la muqueuse utérine ; celle-ci se congestionne, s'enflamme et donne lieu à une endométrite spéciale avec hémorrhagies abondantes et répétées, qui a été bien étudiée dans les *Annales de gynécologie*, de 1895, par MM. Hartmann et Toupet (1), sous le nom d'endrométrite déciduale.

Dans certains cas même l'inflammation ne reste pas limitée à l'endomètre, elle se propage jusqu'aux trompes et même jusqu'aux ovaires : « C'est surtout, dit M. Pozzi (2), dans les métrites postabortives, avec rétention du débris du placenta, que les lésions de la trompe sont à craindre tardivement et ce n'est pas là une des moindres raisons qui rendent alors préférable une intervention énergique à l'expectation ou à l'intervention tardive que préconisent encore certains auteurs. Les guérisons obtenues par eux

1. Hartmann et Toupet. *Annales de gynécologie*, 1895.

2. Pozzi. *Traité de gynécologie*.

ne sont complètes qu'en apparence. La femme qui a conservé pendant plusieurs jours des débris mortifiés dans la cavité utérine est presque fatalement vouée à la métrosalpingite ».

Ces métrosalpingites dues à la rétention de débris placentaires sont d'une fréquence extrême. Jacobs (1), de Bruxelles, dit que sur 1000 affections utérines il a trouvé 600 fois la rétention placentaire en cause : « Retenue dans l'utérus après l'avortement la caduque subit des phénomènes de régression ou est éliminée par lambeaux avec les lochies, expulsion qui peut se faire sans incident. Mais on voit le plus souvent cette rétention devenir le point de départ d'hémorrhagies très-inquiétantes et de septicémie ».

Lorsqu'un fragment plus volumineux se trouve retenu, il peut se greffer sur la paroi utérine, vivre à ses dépens et ne modifiant que peu à peu sa structure évoluer vers la sclérose. Chaput et Hartmann ont étudié histologiquement un certain nombre de ces cas sous le nom de placentas scléreux.

Mme Anna Klasson (2) et Lélars ont décrit sous le nom de faux polypes des productions pédiculées, saillant dans la cavité utérine et descendant parfois jusqu'à l'orifice interne du col et même dans le vagin, et s'accompagnant d'hémorrhagies répétées comme les vrais polypes. Ces productions sont connues aujourd'hui sous le nom de dé-

1. Jacobs. *A propos de l'avortement*, — *La Polyclinique*, décembre 1895.

2. Anna Klasson. *Etude sur les polypes placentaires*. Thèse de Paris 1890.

ciduomes bénins (1). Elles proviennent de la prolifération des débris placentaires et même pour Anna Klasson elles pourraient se former aux dépens de caillots retenus et ultérieurement organisés.

Les productions pathologiques précédentes sont bénignes, c'est-à-dire que malgré leur prolifération elles n'envahissent pas la paroi utérine, ne la perforent pas et ne se généralisent pas à tout l'organisme. Ce n'est pas le cas des tumeurs suivantes :

Les villosités choriales restées adhérentes à la paroi utérine peuvent en effet pousser des prolongements latéraux recouverts de cellules mal segmentées, pourvues de nombreux noyaux et suivant que l'espace compris entre les vaisseaux situés au centre de la villosité et le revêtement périphérique est occupé par du tissu muqueux qui peu à peu se transforme lui-même en liquide, ou par du tissu embryonnaire sarcomateux, on aura soit une môle hydatiforme, soit une variété de tumeur plus récemment étudiée sous le nom de déciduome malin ou de sarcome choriocellulaire.

La môle hydatiforme a été bien étudiée par Virchow, Robin, Migliarési, Kehrer (1); la seconde par Meyer, Zahn, Kalden, Klotz, en Allemagne, MM. Nové-Josseland et Lacroix en France. Voici ce qu'en disent MM. Nové-

1. Goret, *De la rétention prolongée de l'arrière-faix. Déciduome bénin. Thèse de Paris 1894.*

2. Citations tirées de Gruson. *Rétention du placenta après l'avortement*, Thèse de Paris, 1879.

Josserand et Lacroix (1). « Quelque temps après un avortement, il se développe une tumeur du corps de l'utérus, avec son cortège ordinaire de symptômes ; on pense à une délivrance incomplète, à une métrite post-abortum, mais la maladie s'aggrave et la mort survient au bout d'un certain laps de temps, qui varie de 6 à 8 mois, le plus souvent avec généralisation dans divers organes et particulièrement dans les poumons ».

Voici par exemple une observation de môle hydatiforme, due à M. le Dr Pinard et qui montre bien la gravité des accidents liés à cette dégénérescence de l'œuf.

OBSERVATION VII

Due à M. le Dr Pinard, Maternité de Lariboisière, tirée de la thèse d'agrégation de Gerbaud, 1886.

Anna J..., âgée de 29 ans, journalière, entre dans le service de M. Pinard, le 16 avril 1884, salle Sainte-Anne, lit n° 23 ; elle a déjà eu un enfant en juin 1883. Pour la deuxième fois, elle ne voit pas reparaître ses règles, le 6 février et le 6 mars ; elle était donc enceinte de deux mois au mois de mars.

Le 18 mars, elle perd du sang ; cette perte continue en quantité plus ou moins grande, régulièrement.

Le 15 avril, elle rentre, pour cette hémorrhagie, à l'hôpital

1. Nové-Josserand et Lacroix. *Du déciduome malin. Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1894.

Bichat dans le service de M. Gouguenheim. Application de compresse d'eau froide, et on fait passer la malade à l'hôpital Lariboisière.

Aspect bon, plus d'hémorrhagie. On trouve, au palper, une tumeur ovoïde, s'étendant dans la région médiane à un doigt au-dessus de l'ombilic. De chaque côté, les parois abdominales sont déprimées et font mieux ressortir la tumeur. Cette tumeur se délimite exactement ; elle est un peu déviée à droite. Elle est inégale, dure, mais perd par moments un peu de consistance. On ne peut distinguer en elle aucune partie fœtale. A l'auscultation, pas de ballement, mais perception d'un souffle assez intense étendu dans la région de la tumeur. Au toucher, on trouve le col dur, entr'ouvert de façon à permettre l'introduction dans l'orifice externe de la pulpe de l'index. Mais on ne peut pénétrer dans le canal cervical ; l'utérus est globuleux, mobile, et l'on se rend compte que la tumeur n'est autre que l'utérus lui-même. Rien dans les culs-de-sac.

A 6 heures du soir, la malade éprouve des douleurs abdominales qui nécessitent une piqûre de morphine ; elle a des vomissements dans la nuit.

Le 17. — Vomit encore le matin.

Traitement. — Café, glace, sulfate de quinine, 0 gr. 25.

Le 18. — Amélioration dans l'état général ; plus de vomissements.

Examen nouveau. — Utérus résistant, tendu, s'élève un peu au-dessus de l'ombilic ; pas de ballottement.

Auscultation. — On perçoit un souffle intense sur le bord gauche de l'utérus, isochrone au pouls de la mère.

Col dans la même situation ; doigt chargé de sang noir ; pas de ballottement vaginal.

M. Pinard conclut à l'existence d'une môle hydatiforme. Les

jours suivants, état général amélioré; mais toujours perd du sang qui s'accumule dans le vagin.

22. — Induration sur le bord droit de l'utérus.

24. — Induration sur le bord gauche a remplacé celle du bord droit, qui n'existe pas.

29. — Malade perd un peu plus. Pureté au niveau de la partie inférieure.

30. — Vraies douleurs à 6 heures du soir, revenant par intervalles.

Utérus contracté et dur; pas de changement du col. Dans l'intervalle des contractions, on sent deux tumeurs dures, l'une, du volume d'un œuf, située à côté et à droite de l'ombilic; l'autre plus petite, située au-dessous et en dehors de la première. Ces douleurs, de nature hystérique, d'après M. Pinard, disparaissent d'elles-mêmes.

1^{er} mai. — Malade va très bien.

3. — Utérus augmenté de volume; souffle plus accusé.

4. — Douleurs. Expulsion d'un gros caillot; hémorrhagie.

Segment inférieur de l'utérus abaissé; col ramolli mais non effacé. Expulsion de nouveaux caillots, accompagnés d'un écoulement de sang pur. Injection très chaude de la solution de iodure de mercure.

A 9 heures, col effacé, orifice dilaté comme une pièce de 1 franc. Par l'orifice fait saillie une masse molle, inégale, donnant la sensation d'un placenta ou d'un caillot. L'hémorrhagie continue; tamponnement à 9 heures et demie. A 10 h. 50 les douleurs sont plus vives. On enlève le tampon; la femme expulse alors une masse considérable de vésicules de môle.

Ces vésicules ont les dimensions d'une tête d'épingle jusqu'à une fève. Les plus nombreuses sont de la grosseur d'un pois.

Elles sont réunies en grappe et contiennent un liquide transparent, incolore, qui dans quelques vésicules est citrin et

même brunâtre. Au milieu de ces vésicules est un gros caillot fibrineux. Pas de traces de fœtus. Poids de la môle 700 grammes.

On fait immédiatement une injection intra-utérine, et on constate sur les parois de l'utérus l'existence de vésicules adhérentes. L'utérus revient sur lui-même ; pas d'hémorrhagie.

Injectons vaginales toutes les trois heures.

Le soir, nouvelle injection intra-utérine, qui ramène encore quelques vésicules ; mais il en reste encore quelques-unes sur le col, trop adhérentes pour être détachées.

5 mai. — La nuit a été bonne. L'utérus petit, dur ; pas d'hémorrhagie. Injectons vaginales toutes les trois heures.

Pendant la nuit, sensation de froid au moment des injections. Le matin, pouls plus fréquent. Le ventre est plat, l'utérus rétracté, mais il y a un peu d'induration avec de la sensibilité dans la fosse iliaque gauche. Une injection intra-utérine étant faite, il s'écoule un liquide rougeâtre contenant quelques débris.

Traitement. — 1° Quatre sangsues dans la fosse iliaque gauche ; sulfate de quinine 0 gr. 50 matin et soir. Injectons vaginales toutes les deux heures.

2° Injection intra-utérine à 2 heures, qui ramène un caillot et quelques débris. T. 40°,3, pouls très fréquent, soif vive. Le ventre n'est pas développé, mais douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche.

3° Injection intra-utérine à 6 heures 50. T. 39°,2.

4° Injection intra-utérine à 10 heures. T. 38°.

5° Injection intra-utérine à 4 heures matin.

Le 7. — Etat général meilleur, L. 38°,3. Le pouls est moins fréquent. Le ventre est aplati, indolore. On sent une légère induration au niveau de la fosse iliaque gauche.

Écoulement indolore, plus d'injections intra-utérines, plus de quinine. Injections vaginales toutes les deux heures.

Dans la matinée, diarrhée abondante ; à 4 heures, T. 37°,8.

Le 8. — Le mieux se maintient. Tumeur ovoïde, indolore, mobile, facile à déplacer, surtout en haut, dans la fosse iliaque gauche. Utérus rétracté à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Le 9. — La femme est tout à fait bien. La tumeur est considérée par M. Pinard comme un rein mobile.

Les jours suivants, le mieux continue ; la tumeur reste avec ses mêmes caractères.

Le 17. — Exéat, bien portante.

Telles sont les raisons d'ordre théorique qui nous paraissent militer contre l'expectation. Nous en ajouterons d'autres, d'ordre pratique.

Que font les expectants ? Ils condamnent la femme au lit pendant un temps plus ou moins long, plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois même et attendent que l'expulsion spontanée veuille bien se faire. Mais cette longue attente est un inconvénient de la méthode. Si dans les classes aisées il est facile d'imposer ainsi un repos plus ou moins long, il n'en est pas de même dans les classes pauvres, qui sont les plus nombreuses. La majorité des femmes doivent travailler chaque jour et ne peuvent pas « se payer le luxe d'être malades ».

Et alors même que la femme consentirait à rester au lit, que toutes les conditions favorables seraient réunies, les moyens dont se servent un certain nombre d'expectants sont absolument insuffisants pour prévenir les acci-

dents possibles et pour remédier à ces accidents lorsqu'ils ont éclaté.

Les partisans de l'expectation en effet d'abord cherchent à prévenir l'infection par les injections vaginales quotidiennes. Mais ces injections vaginales ne remplissent pas toujours le but auquel elles sont destinées. Leur action est passagère.

Elles aseptisent pour un temps trop court la muqueuse vaginale, et même cette asepsie est-elle parfaite ?

Nous avons cité plus haut deux observations empruntées à la thèse de Lucas, où l'infection s'est déclarée malgré les injections vaginales.

En outre, dans certains milieux sociaux, à la campagne, surtout, elles sont faites d'une façon tellement défectueuse, qu'il est préférable de ne pas les conseiller.

Lorsque surviennent les accidents, l'hémorrhagie et l'infection, les partisans de l'expectation armée opposent à la première le tamponnement vaginal et les injections chaudes à 48°, à la seconde, les injections intra-utérines et l'irrigation continue.

Le tamponnement vaginal fut imaginé par Leroux, de Dijon, qui le préconisait en ces termes : « Ce moyen est des plus simples, il n'exige pas une longue préparation, on le trouve sans peine dans la cabane du pauvre comme dans le palais des grands. Il consiste à opposer une digue à l'écoulement sanguin par le secours de plusieurs lambeaux de linge ou d'étoupe, imbibés de vinaigre pur dont on remplit le vagin et que l'on introduit même jusque dans la matrice, lorsque les circonstances l'exigent ».

Aujourd'hui, on le fait avec de la gaze iodoformée ou avec des bourdonnets d'ouate aseptique.

Malgré ce perfectionnement, il est à peu près complètement abandonné. On lui reproche de transformer l'hémorragie externe en hémorragie interne, d'être gênant pour la femme, de favoriser l'infection, etc.

M. le professeur Pinard le rejette complètement de sa pratique civile et hospitalière. Bourgogne (1), son élève, résume ainsi les arguments qui le portent à l'abandonner : « A notre avis, le tampon doit être rejeté de plus en plus de la pratique courante, parce qu'il est difficile à faire d'une manière complètement aseptique, du moins en clientèle ; quand on est appelé en ville auprès d'une femme perdant beaucoup de sang, il vaut mieux recourir aux injections très chaudes.

Le tamponnement s'accompagne toujours de lésions vulvaires qui augmentent ultérieurement les dangers de l'infection ; malgré toutes les précautions prises, même lorsqu'il est peu serré, il détermine toujours des éraillures de la muqueuse vaginale qui constituent autant de portes ouvertes à l'infection ; lorsqu'il est appliqué trop longtemps, il peut amener la rétention d'urine, l'arrêt des matières fécales, ainsi que la décomposition, la putréfaction des débris organiques retenus dans le vagin.

M. Pinard n'a jamais pratiqué ou fait pratiquer le tamponnement dans son service depuis plus de six ans ; bien plus, il recommande d'enlever le tampon aussitôt que la

1. Bourgogne. *De la conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement*. Thèse de Paris (1894).

femme entre dans le service, ayant subi ce traitement en ville. Or, jamais une femme n'y est morte d'hémorrhagie, malgré l'absence de tamponnement. C'est-à-dire que dans la pratique courante le tampon doit être abandonné complètement ou à peu près. »

Quant aux injections vaginales chaudes, recommandées par M. le professeur Pinard, en remplacement du tamponnement dans le but de combattre les hémorrhagies, il faut avouer qu'elles échouent aussi. Elles agissent, en effet, en excitant les fibres musculaires utérines qui jouent vis-à-vis des vaisseaux le rôle de « ligatures élastiques » ; mais cette action hémostatique se trouve entravée par ce fait que l'utérus contient un corps étranger.

Les moyens de lutte employés par ces accoucheurs contre l'infection déclarée sont aussi insuffisants.

Les infections intra-utérines n'agissent que sur les parties superficielles du placenta ; s'il existe des lésions profondes de la masse placentaire, l'injection ne détergera que la surface et n'agira nullement sur les parties plus profondes.

Elles ne sont pas pratiques à la campagne. Elles ne peuvent être faites que par le médecin lui-même. Celui-ci est obligé de venir plusieurs fois par jour auprès de la malade. Or, le plus souvent, ces déplacements fréquents sont chose absolument impossible.

De plus, elles peuvent être dangereuses ; on a noté la pénétration du liquide injecté et de l'air dans les trompes, dans le péritoine et même dans les sinus veineux utérins ; il y a eu des cas d'intoxication par les liquides employés, des cas de mort subite, etc.

Du reste, c'est en raison de l'insuffisance des injections intra-utérines, qu'on a pensé à recourir à l'irrigation continue. MM. Pinard et Varnier (1) se sont faits les défenseurs de cette méthode en France.

Rappelons en quoi elle consiste. On place sur un lit de fer à sommier flexible, deux matelas repliés sur eux-mêmes et placés bout à bout, laissant entre eux un intervalle libre. Chacun des deux matelas est recouvert d'une toile cirée dont l'extrémité libre vient tomber dans un récipient placé sous le lit. La femme est placée de telle sorte que son siège soit au niveau de l'espace laissé libre par les deux matelas. A proximité du lit se trouve un réservoir d'une contenance d'une quinzaine de litres et élevé à 0m30 au-dessus du plan du lit. Il est relié par un tube de caoutchouc à une sonde intra-utérine. On introduit celle-ci dans l'utérus de la femme. On commence par faire passer pendant un quart d'heure ou une demi-heure une solution de bi-iodure de mercure à 1 pour 4000. On la remplace ensuite par une solution phéniquée à 1 pour 100 ; enfin si les urines deviennent noires on substitue à l'acide phénique une solution boriquée à 4 0/0.

Mais il faut reconnaître que cette méthode est peu commode dans la clientèle. Ensuite elle expose aux mêmes dangers d'intoxication que les injections intra-utérines discontinues, malgré la précaution qu'on prend de changer les antiseptiques.

Pour nous résumer, nous dirons que l'expectation ar-

1. Pinard et Varnier. *Irrigation continue comme traitement de l'infection puerpérale*. *Ann. de Gynécologir.* déc. 1885 ; janvier 1886.

mée expose la femme à certaines complications dont les unes, telles que l'hémorrhagie et l'infection, peuvent survenir immédiatement, dont les autres que les accidents dus à la subinvolution utérine, l'endométrite déciduale, le déciduome bénin, le déciduome malin, etc. peuvent n'apparaître que tardivement. En outre cette méthode n'est pas toujours facile à imposer surtout dans les classes pauvres. Enfin les moyens dont disposent ses partisans sont parfois insuffisants contre les accidents.

Serons-nous alors avec les interventionnistes mitigés ?

Laisserons-nous encore la femme au lit pendant un temps plus ou moins long, faisant des injections vaginales quotidiennes, et lorsqu'apparaîtra l'hémorrhagie ou l'infection, alors seulement débarrasserons-nous la femme de son délivre à l'aide de la curette ou du curage digital ou bien provoquerons-nous l'expulsion de ce placenta soit à l'aide de moyens médicaux tels que l'ergot de seigle, le sulfate de quinine, soit à l'aide de moyens plus chirurgicaux tels que le tamponnement intra-utérin, l'application de ballons dans la cavité utérine ?

Cette méthode est évidemment supérieure à la précédente, car les moyens qu'elle emploie sont beaucoup plus efficaces que les injections vaginales ou intra-utérines. Rien n'est plus radical en effet pour couper court à tout accident de supprimer la cause même de cet accident.

Néanmoins cette méthode n'est pas encore parfaite.

Tout d'abord par le seul fait de l'expectation elle expose la femme aux mêmes accidents que la précédente.

On a beau dire : nous sommes armés d'une façon cer-

taine contre l'hémorrhagie, si elle se produit nous enlevons le placenta; il n'en est pas moins vrai que la femme est restée exposée à cette hémorrhagie. Ce danger devient encore plus grand si au lieu d'être surveillée la femme se trouve à la campagne, là où souvent une distance considérable sépare la malade du médecin, qui arrivera souvent trop tard.

De même pour l'infection. Il est inutile de la laisser exposée à ce danger, si léger fût-il, sous prétexte que lorsque apparaîtront les premiers symptômes on enlèvera le placenta. Du reste, il faut bien le reconnaître, lorsque l'infection se traduit par des symptômes tels que fétidité des lochies, accélération du pouls, élévation de température, les microbes ont déjà pénétré profondément dans la place ou du moins ils ont déjà déversé des quantités considérables de toxines dans le courant sanguin. Ils peuvent même pénétrer dans les sinus utérins et produire des métastases nombreuses entraînant la mort de la femme.

Cette méthode expose en outre aux mêmes complications tardives que la précédente : aux accidents de la subinvolution utérine, à l'endométrite déciduale, au déciduome bénin, malin etc, etc; puisque ses partisans n'interviennent que lorsqu'ils ont la main forcée par l'apparition de l'hémorrhagie ou de l'infection. La femme peut garder indéfiniment son placenta, si on n'est décidé à le lui enlever que s'il survient un accident.

Nous nous rangerons donc plutôt, avec notre maître M. le Dr Potocki, parmi les interventionnistes d'emblée. Nous n'attendons pas pour agir d'avoir la main forcée par l'apparition d'accidents d'hémorrhagie ou de septicémie

nous préférons prévenir les accidents ; car en toute chose prévention vaut mieux que répression.

C'est là une conduite qui est actuellement à l'ordre du jour, comme nous l'avons vu au chapitre de l'historique.

Du reste, ce qui nous encourage dans cette voie, c'est que nous disposons réellement de moyens inoffensifs ; nous ne risquons pas en intervenant à l'aide de ces moyens de faire plus de mal à la femme qu'en l'abandonnant à elle-même.

De ces moyens d'intervention nous éliminerons tout d'abord l'emploi de la curette tranchante. Cet instrument inventé par Récamier en 1846, abandonné en France, mais employé en Allemagne, fut réimporté chez nous par M. Doléris (1) en 1886.

Malgré le grand nombre d'auteurs qui l'ont préconisée comme moyen de débarrasser l'utérus du placenta qui y est retenu, nous croyons que pour ce cas particulier, à l'exemple de M. le professeur Pinard, on doit la rejeter de la pratique courante.

Le premier reproche qu'on peut lui adresser c'est de pouvoir perforer la cavité utérine. Il y en a un exemple célèbre dans la science, rapporté dans la thèse de Wisard (2).

1. Doléris. *Nouv. Archiv. d'obstétrique et de gynécologie*, 1886.

2. Wisard. *Intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement*. Thèse de Paris, 1888.

OBSERVATION VIII

(Extraite de la *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, 15 juillet 1886.)
Tirée de la thèse de Wisard.

Le docteur B... appelé à traiter une femme atteinte d'hémorragie à la suite d'une rétention de placenta après un avortement de cinq mois, soigne d'abord la malade au moyen de douches chaudes et froides, de la glace et du tamponnement. Ces moyens étant devenus infructueux, le Dr B... proposa le curage de l'utérus et le pratiqua le 23 juin avec l'aide de la sage-femme. L'opération dura un quart d'heure ; elle fut accompagnée de toutes les précautions antiseptiques.

On injecta de six à huit gouttes de perchlorure de fer après le râclage. La malade mourut à cinq heures le même jour. On fit l'autopsie et on trouva une péritonite causée par trois perforations utérines.

Dans ses conclusions, le tribunal accusa B... de grossière maladresse ; il estima que B... s'était montré imprudent en tentant une opération qu'il connaissait mal, que B... n'était pas qualifié pour la faire, que cette opération était cependant facile et qu'il était désirable que chaque médecin sut la faire. A la suite de ce jugement le Dr B... fut condamné à deux mois de prison.

Un second reproche, c'est que la curette peut provoquer des hémorragies en ouvrant les sinus utérins. S'ils restent béants, si l'utérus reste inerte, l'hémorragie surviendra facilement.

Enfin, elle peut laisser dans l'utérus des morceaux assez volumineux. Moses (1) a rapporté un fait de ce genre. « Après un râclage, un lavage et une cautérisation de l'utérus au perchlorure de fer, on vit sortir le lendemain un fœtus sans jambes long de 6 à 7 centimètres qui, malgré l'emploi de la curette tranchante, était demeuré dans la cavité utérine sans donner lieu à aucun symptôme. »

Pour remédier à ces inconvénients, M. Doléris imagina l'écouvillonnage.

Quoique moins dangereux que le précédent, ce procédé peut cependant perforer la cavité utérine, provoquer des hémorrhagies.

En outre, il ne peut pas être employé lorsque le placenta est en entier dans la cavité utérine. En raison de son petit volume, il glisse sur lui sans mordre. Il faut donc procéder auparavant à l'ablation de la plus grande partie du délivre.

Quant à l'emploi de l'ergot de seigle et du sulfate de quinine, ce sont des moyens infidèles et même dangereux.

L'ergot de seigle est rejeté unanimement par tous les accoucheurs. Il tétanise le col utérin et empêche ainsi toute intervention ultérieure.

Le sulfate de quinine fut préconisé par Cordes (2) de Genève, puis plus récemment par M. Schwab (3), et enfin

1. Moses. *Dissert. inaugur.*, Breslau, 1884.

2. Cordes. *Un utéro-sédatif, un utéro-moteur. Ann. de Gynécologie*, 1888.

3. Schwab. *Médecine moderne*, 3 janvier 1897.

par Colomby (1), dans le but « d'exciter dans l'utérus de fortes contractions qui détacheraient les restes ovulaires et les expulseraient en bloc. »

Il nous resterait à examiner les autres moyens que nous avons énumérés : l'application du tampon intra-utérin, l'introduction des ballons et le curage digital.

Nous discuterons ces procédés ultérieurement lorsque nous parlerons du manuel opératoire.

1. Colomby. *Recherches sur la rétention du placenta dans l'avortement* (Thèse de Paris, 1898).

CHAPITRE III

QUAND DOIT-ON INTERVENIR?

Nous venons de dire que nous n'attendions pas d'avoir la main forcée par l'infection ou l'hémorrhagie pour agir, que nous intervenions avant l'apparition de tout accident, c'est-à-dire, de bonne heure, d'emblée.

Pouvons-nous préciser plus exactement? Combien de temps après la sortie du fœtus devons-nous provoquer l'expulsion du placenta?

Aussitôt que la rétention placentaire est constituée, dira-t-on. Si nous connaissions, en effet, d'une façon précise, à quel moment dans un avortement se trouve constitué la rétention placentaire, à quel moment dans un avortement se trouve constituée la rétention placentaire, à quel moment le placenta n'aura plus guère de chances d'être expulsé rapidement, nous pourrions prendre le début de cette rétention comme moment d'agir. Mais il n'en est pas ainsi.

Quand un avortement est commencé, nous ne savons pas lorsqu'il est fini; nous ne pouvons pas dire ceci est

encore de l'avortement, cela de la rétention. « L'avortement n'est pas une question d'horlogerie » disait le professeur Pajot.

C'est là l'expression exacte de la vérité.

Différents auteurs ont, en effet, essayé de fixer une époque à laquelle la rétention serait constituée. Ils sont arrivés à des résultats absolument dissemblables.

Guéniot, se fondant sur l'état de développement plus ou moins avancé de l'œuf aux différents âges de la grossesse, fixe les limites au-delà desquelles l'opérateur doit intervenir de la manière suivante :

« Au deuxième mois, la non-délivrance peut être considérée comme normale encore au bout de deux jours.

Dans le troisième et quatrième mois, elle devient anormale après vingt-quatre heures.

Après le quatrième mois, la durée est moindre encore et on doit admettre qu'il y a rétention entre six à douze heures après l'expulsion du fœtus ».

Le professeur Tarnier a cherché, lui aussi, à résoudre cette question. Ayant relevé un certain nombre d'observations aux troisième et quatrième mois et ayant trouvé que dans les $\frac{4}{5}$ des cas, l'expulsion du placenta se produit dans les six premières heures qui suivent la sortie du fœtus, il en conclut que la rétention placentaire commence environ « six heures après l'expulsion du fœtus ».

Brion (1), dans sa thèse, a noté le moment où s'est fait la délivrance dans 400 avortements. Il arrive à des limites très variées :

1. Brion. *Etude critique sur 540 cas d'avortement* (Thèse de Paris, 1893).

120 fois	la délivrance est survenue	au bout de 15 minutes.
81 fois	»	» au bout de 15 à 30 m.
78 fois	»	» 30 m. à 1 h.
83 fois	»	» de 1 h. à 4 h.
26 fois	la délivrance s'est effectuée	dans les 24 heures.
7 fois	»	» dans les 48 heures.
2 fois	»	» dans les 72 heures.
3 fois	»	» au bout de 3 à 4 jours.

Ainsi que le montrent les statistiques précédentes, les chiffres les plus variés ont été donnés comme moyenne de la rétention placentaire.

Cela tient à ce qu'en réalité il n'est pas possible d'établir cette moyenne. Chaque femme fait son avortement à sa façon. Il n'y a pas un avortement, mais des avortements. Un nombre trop considérable de causes, interviennent en effet, pour modifier la durée de l'avortement.

Rappelons ce que nous avons déjà dit au chapitre des causes de la rétention placentaire. Nous avons vu que la rapidité de l'avortement dépendait de l'état plus ou moins développé du muscle utérin, de la rigidité plus ou moins grande du col de l'utérus, du volume plus ou moins considérable du placenta ; de lésions plus ou moins graves de la muqueuse utérine, ou du délirre, de l'insertion vicieuse du placenta, des déviations de l'utérus, etc. Toutes ces causes font que la délivrance dans l'avortement, surtout au troisième et quatrième mois, est toujours tardive, de sorte qu'au sens exact du mot « il y a toujours rétention du délivre ».

Il est donc impossible de fixer d'une manière précise

l'époque où commence la rétention et de prendre cette époque comme moment d'intervenir.

Devons-nous alors extraire le placenta sitôt que le fœtus sera expulsé ?

Certains accoucheurs allemands ont suivi cette conduite. Osiander (1), E. Martin (2) et Duvullus interviennent même avant que l'avortement soit complètement terminé.

Ces méthodes ne sont pas admises en France. M. Dôlérès qui est un des interventionnistes les plus ardents ne se décide à intervenir que « lorsqu'il y a interruption dans l'avortement, lorsque après l'expulsion du fœtus et du liquide amniotique, les contractions utérines s'arrêtent, le col se referme, le placenta s'emprisonne pour un temps indéterminé, exposant les femmes à la septicémie et aux hémorrhagies répétées ».

On ne peut donc pas fixer de terme précis au moment de l'intervention. On ne peut s'en tenir qu'à des limites plus ou moins vagues.

Ne pas agir trop tôt après l'expulsion du fœtus, ne pas attendre l'apparition des complications, telles sont les limites extrêmes qu'on peut donner.

Mais les complications de l'avortement, l'hémorrhagie et surtout l'infection n'apparaissent guère avec quelque chance qu'à partir du troisième ou du quatrième jour. Il sera donc prudent de ne pas attendre trois ou quatre jours. Le mieux est d'intervenir, comme le conseille M. le pro-

1. Osiander. *Ursachen und Hulfanzeigen der unregelmässigen Geburt.*

2. E. Martin. *Monatschrift Bd. 14, 1859.*

fesseur Pinard, au plus tard deux jours après l'expulsion du fœtus.

Il faut surtout s'inspirer des circonstances :

Si on suppose que l'avortement est d'origine criminelle, qu'il a été fait avec des soins de propreté douteuse, il est préférable d'enlever le placenta de suite.

De même si l'on se trouve à la campagne, là où la femme est loin de toute surveillance, où une hémorrhagie survenant brusquement peut mettre la vie de la malade en danger avant l'arrivée du médecin, il est préférable d'extraire le délivre à la première visite.

Enfin s'il s'agit d'un avortement gémellaire ou d'un avortement où le fœtus soit mort et macéré, il sera nécessaire en raison de la fréquence extrême des accidents dans ces cas d'intervenir rapidement.

CHAPITRE IV

COMMENT DOIT-ON INTERVENIR ?

Application des petits ballons Champetier à la rétention du placenta abortif.

Comme nous l'avons vu plus haut, il nous reste à étudier parmi les méthodes interventionnistes : le curage digital, le tamponnement intra-utérin, l'introduction de ballons dans la cavité utérine.

Parmi tous ces procédés nous avons choisi l'introduction des ballons et spécialement des petits ballons de Champetier de Ribes. C'est la méthode que préconise notre maître M. le Dr Potocki. Pendant notre externat dans son service à l'Hôtel-Dieu, en 1896, nous l'avons vu employer cette méthode de préférence à toute autre. Depuis cette époque sa conduite n'a pas varié :

Il introduit les petits ballons incompressibles dans la cavité utérine non pas uniquement, comme la plupart des auteurs, dans le but de dilater le col utérin et de permet-

tre une extraction digitale facile du délivre, mais il espère que ce ballon par sa présence provoquera des contractions utérines capables de décoller et d'expulser le placenta. Si le ballon échoue, il profite alors de la large dilatation qui est offerte pour procéder au curage digital. Ce procédé lui a donné d'excellents résultats, comme nous le montrerons plus loin dans nos observations.

Mais pour le moment nous devons faire connaître les petits ballons de Champetier et leur manuel opératoire.

Ensuite nous chercherons dans la littérature médicale si cette conduite ou du moins une conduite similaire n'a pas déjà été suivie.

Enfin nous examinerons quelques objections qu'on peut faire à la méthode et nous montrerons les avantages de ce procédé.

Les *petits ballons de Champetier de Ribes*. — Il existe deux modèles de ballons Champetier : le gros modèle qui fut inventé en 1888 (1) et qui ne s'emploie que dans l'utérus à terme ou près du terme, et les petits modèles : qui sont eux-mêmes au nombre de deux et sont destinés à être introduits dans les utérus plus petits.

Ces derniers, de date plus récente que le gros modèle, sont moins connus, du moins n'avons-nous trouvé qu'une seule monographie sur ce sujet, dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie* (2).

1. Champetier de Ribes. *Annales de gynécologie* 1888.

2. *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*. Les petits ballons Champetier de Ribes (petit modèle). Novembre 1896. Wallich.

Elle est due à M. Wallich, nous ne saurions mieux faire que de lui emprunter sa description.

« Les ballons petits modèles sont de deux sortes : les uns les plus petits représentent à leur base, lorsqu'ils sont complètement gonflés, à peu près la dimension d'une pièce de 5 francs ; les autres, plus volumineux, correspondant à une dilatation comme une paume de main.

Le ballon correspondant à la plus petite dilatation est de forme conique et présente les dimensions suivantes :

La circonférence la plus large mesure 155 millimètres ; le sommet du cône abouché dans le tube mesure 25 millimètres de circonférence. La hauteur du ballon de la base au sommet est de 50 millimètres. Le tube mince et sans robinet, destiné à être lié ou fermé mesure 270 millimètres de longueur. La capacité de ce ballon est de 40 grammes environ. Il s'emploie dans les quatre premiers mois de la grossesse.

Le ballon correspondant à la dilatation comme une paume de main est aussi de forme conique et présente les dimensions suivantes :

La circonférence la plus large mesure de 245 à 250 millimètres. La hauteur de la base au sommet du cône est de 90 millimètres. Le tube mince et sans robinet présente aussi les dimensions d'une sonde urétrale. Il est indiqué au 5^e, 6^e et 7^e mois.

Le plus petit modèle vide, roulé et pincé présente une circonférence de 55 millimètres environ.

Le modèle au-dessus du précédent vide, roulé et pincé, présente une circonférence de 63 millimètres environ. »

Il va sans dire que ces ballons sont comme le gros

faits de tissu de soie recouverts sur ses deux faces de caoutchouc. Ils sont inextensibles et incompressibles.

Ils peuvent traverser un anneau rigide sans se déformer ; par suite ils dilatent à coup sûr l'orifice utérin ; c'est là leur supériorité sur les ballons élastiques de Barnes, de Chassagny, de Tarnier, qui ne font qu'exciter le col par leur présence. Ces derniers méritent surtout le nom de ballons excitateurs, les premiers celui d'excitateurs et de dilatateurs.

Ils répondent très bien à notre but, puisque nous nous proposons d'exciter l'utérus pour en décoller le placenta et en même temps de le dilater afin que le placenta étant décollé il puisse sortir facilement.

Manuel opératoire. — Les ballons avant d'être introduits dans la cavité utérine doivent être jaugés. On doit connaître leur contenance afin de savoir si le gonflement complet est véritablement obtenu au moment où l'on éprouve de la résistance pendant que l'on injecte le liquide.

Cela fait, on brosse et on savonne le ballon choisi, puis on le laisse baigner pendant une heure dans une solution phéniquée à 5 0/0. Il est ainsi rendu aseptique.

Il s'agit de procéder à l'introduction *in uterum*. Le ballon vide est plié, roulé et saisi dans une petite pince spéciale, légèrement courbée sur le plat et concave entre ses mors. Cette pince est presque semblable à celle du gros ballon, elle est seulement plus fine et à mors pleins. La pince ainsi armée du ballon est enduite de vaseline aseptique.

La femme est mise dans la situation obstétricale.

Une injection vaginale antiseptique au biiodure de mercure est donnée.

L'opérateur tenant la pince de la main droite introduit ou essaie de faire pénétrer l'index gauche à travers l'orifice du col. L'orifice est fermé, il faut alors le dilater séance tenante à l'aide des bougies d'Hégar.

Cela fait, l'index est poussé profondément au-delà de l'orifice interne, afin d'être sûr que le ballon, avant d'être expulsé, dilatera le col dans toute sa longueur.

On retire un peu l'index et on cherche à faire pénétrer en même temps le médius. Entre les deux on glisse l'extrémité de la pince armée du ballon. A mesure que la pince pénètre on retire l'un des deux doigts. Finalement le ballon est conduit le plus haut possible au-dessus de l'orifice interne, ce dont on s'assure à l'aide du doigt resté dans le col utérin. On ouvre la pince tout en la laissant en place : un aide placé près de l'opérateur avec une seringue remplie d'eau bouillie ou d'eau phéniquée injecte à travers le tube de remplissage une certaine quantité de liquide dans le ballon. Il doit procéder lentement, sans secousse et s'arrêter à la première résistance sentie, de façon à faire éclater le ballon.

Celui-ci rempli on retire les branches de la pince l'une après l'autre. L'opérateur s'assure une dernière fois à l'aide de l'index resté en place que le ballon est bien au-dessus de l'orifice interne. On ferme le tube de remplissage à l'aide d'une pince hémostatique et pour plus de sécurité on place encore un fil à ligature en avant de cette pince.

La femme est replacée dans son lit. Au bout d'un temps variable, deux ou trois heures environ, quelquefois moins, les douleurs utérines commencent à se faire sentir et le ballon après avoir successivement effacé le col et dilaté l'orifice externe, est expulsé à l'extérieur environ 6 à 8 heures après le début de l'intervention.

Quant au placenta, deux cas peuvent se présenter, souvent il accompagne ou suit de près le ballon et apparaît en même temps ou peu de temps après lui à la vulve, ce fait s'est présenté 6 fois sur 11 dans nos observations ; ou bien il reste dans la cavité utérine plus ou moins décollé ou complètement adhérent.

Lorsqu'il n'est que partiellement décollé, les sinus utérins n'étant plus obturés dans la portion décollée, une hémorrhagie abondante peut se produire. Ce cas est le plus grave qui puisse se présenter.

Aussi, lorsque le ballon étant expulsé le placenta tarde à apparaître, il est nécessaire de pratiquer le toucher intra-utérin pour se rendre compte de l'état du délivre. S'il est partiellement décollé, il n'y a pas à attendre, il faut recourir au curage digital de suite ; s'il est complètement adhérent on pourrait à la rigueur réintroduire un ballon, comme on l'a fait dans les observations 3 et 4, puisqu'il n'y a aucun danger, mais il est plus rapide d'extraire encore le délivre avec le doigt.

HISTORIQUE

Telle est la méthode suivie par notre maître, M. le D^r Potocki. Malgré sa simplicité elle n'a été qu'assez peu employée dans la pratique.

A proprement parler nous n'avons pas relevé d'exemple où notre conduite ait été suivie de tout point.

Les uns, en effet, se sont servis de ballons élastiques tels que ceux de Tarnier et de Chassagny. Lorsque les ballons inextensibles furent inventés on les a introduits uniquement dans le but de dilater la cavité utérine ou bien lorsqu'on a voulu s'en servir, comme nous, dans le but de faire expulser le placenta par les contractions utérines, on les a introduits alors que l'infection était déjà dans la place. Enfin quelques auteurs, ne voyant que les inconvénients qu'ils peuvent présenter, ne parlent des ballons que pour les rejeter.

Aussi croyons-nous inutile de rapporter toutes ces observations, si peu nombreuses qu'elles soient. Nous ne ferons que citer celles qui présentent quelque intérêt.

La plus ancienne est celle de Chassagny.

Elle est consignée dans un article de Guéniot paru dans *le Bulletin de thérapeutique* de 1867 tome, 73.

OBSERVATION IX

Mme X..., est arrivée au troisième mois d'une deuxième grossesse. A la suite d'un effort fait pour prévenir une chute elle est prise de douleurs de reins ; une hémorrhagie se déclare. Bientôt les douleurs se rapprochent et prennent le caractère de celles de la parturition. L'avortement paraît inévitable ; l'œuf commence à faire un peu de saillie dans le col légèrement entr'ouvert ; puis tout s'arrête.

La malade a cru se sentir mouillée, la poche des eaux est probablement rompue. Le col cependant se referme, on peut espérer la rétrocession du travail. Mais bientôt l'écoulement d'un liquide fétide ne laisse plus de doute sur la mort du produit. Je n'hésite pas à intervenir et à remplir une des indications pour lesquelles j'avais d'avance destiné mon appareil.

L'introduction en fut faite avec la plus grande facilité ; j'injectai l'ampoule de manière à lui donner le volume d'une orange ordinaire ; dix minutes après les douleurs se réveillent ; elles augmentent de fréquence, et après 5 heures de durée le ballon se trouve engagé dans le col très largement ouvert. Une traction légère exercée sur le tube lui fait franchir cet orifice. Les doigts peuvent alors, avec la plus grande facilité, pénétrer dans l'utérus, d'où j'extrais sans peine un délivre dont les adhérences avaient sans doute été détachées pendant ce travail artificiel ».

Le professeur Tarnier employait aussi son ballon excitateur dans le même but que nous.

Témoin l'observation suivante :

OBSERVATION X

Empruntée à la thèse de Vibert (1) (obs. 5) ; résumée.

Femme X..., couchée lit n° 10 de la salle de Gynécologie.

Multiparé, elle a eu 5 grossesses normales et à terme et une fausse couche.

Premières règles au mois de septembre 1889.

Du 2 au 16 octobre, hémorrhagie.

15 janvier. — Troisième perte de sang plus abondante que les précédentes.

3 février. — Elle entre à l'hôpital. L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic. Le col n'est pas modifié. Etat anémique très prononcé. Repos. Injections au sublimé.

Lavements laudanisés.

6. — Quatrième hémorrhagie.

12. — Un petit cordon apparaît à la vulve. Le col fermé à toute sa longueur et ne paraît avoir aucune tendance à se dilater.

13. — A la suite de contractions utérines assez énergiques, expulsion d'un embryon de 280 grammes. Pas de délivrance. Rétention du placenta.

1^{er} mars. — Hémorrhagie.

5. — La femme est pâle, très affaiblie, et ne paraît pas devoir résister à une nouvelle hémorrhagie.

On pouvait alors se demander s'il n'y avait pas lieu de chloroformer la malade, d'abaisser l'utérus avec une pince de Museux, de dilater le col au moyen des dilateurs de Hégar, et de

1. Vibert. Thèse de Paris, 1891.

pratiquer le curettage. Mais le col étant dur, résistant, la dilatation aurait pu être longue, et à coup sûr difficile. On introduit un ballon dilateur dans la cavité utérine.

6. — Le lendemain, le ballon était dans le vagin, la dilatation était égale à la dimension d'une pièce de cinq francs, le col effacé, on arrivait facilement sur le placenta, qui était sur le point de s'engager dans le canal cervical, le placenta reste là, à cheval sur l'orifice, comme fixé.

Le soir du 6, petite hémorrhagie de 150 grammes qui, chez cette femme déjà très affaiblie se traduit par de la dyspnée, par un abaissement du pouls.

7. — Après toutes les précautions prises pour éviter la syncope, M. le Dr Tissier introduit la main dans l'utérus et retire le placenta.

Il présente une légère éraillure, au niveau d'un point où il adhérerait à un fibromyome de la paroi utérine.

Bourgogne (1) dans sa thèse de 1891 recommande l'emploi du gros ballon Champetier dans le but de dilater la cavité utérine avant de procéder à la délivrance artificielle. Mais il n'intervient que lorsque l'infection est déclarée. Il donne trois observations à l'appui de sa méthode.

Brion (2) dans les mêmes circonstances, emploie les petits ballons Champetier. Ses observations sont au nombre de cinq.

Miraschi (3) dans son livre sur le *Traitement de l'avor-*

1. Bourgogne. *De la conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement*. Thèse de Paris, 1891.

2. Brion. *Etude critique sur 530 cas d'avortement*. Thèse de Paris, 1893.

3. Miraschi. *Traitement de l'avortement*, 1895.

tement paru en 1895, après avoir décrit les sacs de Barnes, et cité les ballons de Chassagny et de Champetier de Ribes rejette tous ces instruments de la façon suivante :

« Tous ces instruments en caoutchouc ont un inconvénient commun : la chaleur, le froid, l'humidité surtout les abîment rapidement ; le praticien qui n'a que de rares occasions de les employer ne s'en aperçoit qu'au moment de s'en servir et ils lui manquent à l'heure décisive. D'autre part par leurs dimensions ils ne sont applicables qu'à partir du quatrième mois. Le ballon du professeur Tarnier, qui est beaucoup plus petit, échappe à ce reproche, mais ce n'est pas un dilatateur : c'est un simple excitateur utérin. Il réveille les contractions utérines et rien de plus, de sorte qu'il faut recourir à un autre moyen pour achever de dilater le col. »

M. Wallich dans la *Revue d'Obstétrique et de pédiatrie* tout en décrivant les petits ballons de Champetier les préconisa uniquement dans le but de dilater la cavité utérine :

« Dans l'avortement incomplet si l'on est appelé à intervenir on ne peut le faire utilement qu'avec deux doigts introduits dans la cavité utérine, doigts qui vont décoller et poursuivre toutes les parties de l'œuf encore adhérentes. Pour exécuter le curage digital il faut, toute la main étant introduite dans le vagin, pénétrer avec deux doigts dans la cavité utérine. Or la dilatation de l'orifice utérin n'est pas toujours suffisante pour permettre cette introduction. Si le curage digital en effet est nécessaire dans les heures qui suivent l'avortement, on peut considérer comme négligeable la dilatation qui a été produite par la

sortie de l'embryon, ou d'un fœtus trop malléable et parfois elle sera insuffisante pour laisser passer deux doigts. Mais à plus forte raison, si l'hémorrhagie ou les phénomènes infectieux commandent le curage digital non plus le jour même mais les jours suivants, le col s'est alors reformé en partie et il est impossible de procéder au nettoyage digital de la cavité utérine sans avoir au préalable dilaté l'orifice du col, qui sera dans ces cas toujours suffisamment perméable pour permettre l'introduction d'un petit ballon. »

Chaleix-Vivié et Audebert dans leur travail, rejettent au contraire l'emploi des ballons. « C'est à dessein que nous avons omis de parler des différents ballons dilatateurs de l'utérus. Leur introduction n'est pas toujours aisée. Le ballon peut crever ou être expulsé prématurément, d'autre part dans un utérus dont les fibres musculaires n'ont pas atteint le développement complet qu'elles auraient à la fin de la grossesse, son action excitatrice est lente et quelquefois nulle ».

Ribemont-Dessaignes et Lepage dans la 3^e édition de leur *Précis d'obstétrique* sont très favorables aux ballons: « Une bonne méthode consiste à introduire dans l'utérus un petit ballon de Champetier de Ribes, qui produit des contractions amenant le décollement et l'expulsion du placenta, en même temps qu'il prévient l'hémorrhagie par tamponnement intra-utérin. Il facilite ensuite l'exploration de la cavité utérine avec les doigts ».

OBJECTIONS. DIFFICULTÉ DE LA MÉTHODE

Tout d'abord est-il toujours facile d'introduire les petits ballons dans la cavité utérine ? Lorsque l'utérus est petit, dans les deux premiers mois, lorsque le col est refermé il est en effet très difficile de pénétrer dans l'utérus. Mais on peut remédier à cet inconvénient en procédant avant l'introduction du ballon à la dilatation extemporaine à l'aide des bougies d'Hégar ou de tout autre moyen rapide.

En outre il peut exister dans la paroi utérine des obstacles insurmontables à la pénétration du ballon : témoin l'observation suivante où un fibrome empêcha l'introduction du ballon et fut cause de la mort de la femme.

OBSERVATION XI

(Empruntée à la thèse de Brion, obs. 25).

Ch..., 35 ans, passementière.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans.

IV pare, 3 grossesses antérieures normales. Même père.

Perte de sang depuis le commencement de juin d'abord en petite quantité, puis le 25, perte très abondante pendant 3 jours accompagnée de caillots, ce qui fait penser à une fausse couche.

Douleurs de ventre. Etat satisfaisant le 28 juin, permettant à la femme de quitter la chambre.

Le soir, elle est prise de trois frissons consécutifs pendant lesquels la température monte à 40°5.

Introduction du ballon Tarnier le 29 juin à midi, à 7 heures 1/2 du soir, M. Polocki retire le ballon. Lavage intra-utérin prolongé. Essais infructueux d'introduction du ballon Champetier, M. Polocki extrait une petite partie du placenta le 30 juin à 8 heures 1/2.

Frisson. Vomissements, 4^{re} juillet, 8 heures du soir.

Lochies fétides. Injection intra-utérine à 2 heures du matin.

A 6 heures du matin 40°.

Pouls filiforme. Inhalations d'oxygène.

Morte le 2 juillet à midi.

Autopsie. — On trouve un fibrome gros comme un œuf de poule faisant saillie dans l'utérus ayant empêché l'introduction du ballon et l'extraction du placenta décollé.

Il peut encore exister des adhérences qui retiennent le délivre à la paroi utérine. Nous avons vu en effet au chapitre des causes de la rétention placentaire que certaines altérations des villosités placentaires, des fibromes sous-muqueux, une inflammation chronique de la muqueuse utérine peuvent s'opposer à la sortie facile du placenta. Mais cette objection n'a guère de valeur, on ne peut pas l'imputer à la méthode, puisqu'on ne peut pas

savoir d'avance s'il existe des altérations pathologiques du délivre.

Avantages de la méthode des ballons.

Malgré ces quelques objections nous croyons que les ballons sont un excellent moyen d'extraction du placenta.

Tout d'abord par leur présence ils provoquent assez souvent le décollement placentaire. Et cela par le même mécanisme que se produit la délivrance après un accouchement à terme. Que se passe-t-il en effet dans ce dernier cas ? D'après MM. Pinard et Varnier (1) les choses se passeraient de la manière suivante : « Quelles sont les forces qui agissent pour produire le décollement placentaire ? Ces forces sont l'élasticité, la rétractilité et la contractilité des éléments musculaires de l'utérus inégalement répartis. Pendant et aussitôt l'expulsion du fœtus, l'utérus tend à reprendre sa forme, c'est-à-dire que chaque point de sa paroi tend à se rapprocher du centre de la cavité. La portion de la paroi qui correspond à l'insertion du placenta resta plus éloignée de ce centre en raison de la présence du placenta et de sa moindre force élastique, rétractile et contractile, puisque cette paroi est plus mince. Il s'établit dès lors une lutte constante

1. Pinard et Varnier. *Etude d'anatomie obstétricale normale et pathologique.*

(élasticité et contractilité) avec assauts (contractilité) pour faire disparaître cette inégalité. Les éléments musculaires accumulés autour du placenta vont exercer leur action sur la partie amincie et réduire sa surface par un mouvement vermiforme ».

N'est-il pas logique de penser qu'il en est de même dans la délivrance de l'avortement ? En admettant que l'élasticité et la rétractilité utérines soient assez faibles surtout dans les utérus des premiers mois, est-ce que la contractilité utérine ne sera pas doublée, renforcée par l'excitation produite par le ballon placé dans le col utérin.

Et alors même que le délivre ne serait pas décollé, la cavité utérine n'en sera pas moins largement dilatée. Cette dilatation est plus considérable que celle qu'on obtient par des moyens similaires tels que les lamineaires et les bougies d'Hégar. En outre cette dilatation est obtenue sans dangers. N'a-t-on pas vu des utérus crevés par des tiges de laminaire, surtout lorsque ces utérus présentaient des déformations telles que la rétroflexion, l'antéflexion. Ne connaît-on pas en outre des cas de perforations rectales et vésicales produites par ce procédé.

Les bougies d'Hégar qui dilatent rapidement le col utérin présentent par le fait même de leur rapidité une source de danger. Plus d'un col utérin a été rompu par ces instruments ; surtout lorsque ce col étant malade, affecté de cancer ou de rigidité pathologique.

Enfin de tous les moyens dilateurs, c'est le seul qui puisse mettre sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, pendant que se produit le décollement placentaire.

C'est le tampon le plus parfait que nous possédions jus-

qu'ici. Le ballon excite en effet le col utérin, celui-ci réagit, se contracte et le serre fortement, comme il est inextensible le sang ne peut pas suinter entre lui et la paroi utérine. Si cet accident se produisait en dehors des contractions utérines la femme n'aurait qu'à tirer légèrement sur le tube de remplissage pour appuyer le ballon sur le col utérin et fermer hermétiquement la cavité utérine.

Nous avons dit plus haut ce que nous pensions du tamponnement vaginal. Frappé des inconvénients de ce dernier, certains accoucheurs ont eu recours au tamponnement intra-utérin. Celui-ci fut préconisé par Durrhsen en Allemagne en 1887 ; il fut appliqué en France par Auvard, Oui et Chaleix-Vivié et Audebert. Mais il n'est pas infailible même lorsqu'il est bien fait. Enfin il n'est pas toujours inoffensif. Le professeur Tarnier cite un cas de mort survenu à la suite de l'application de ce procédé. « Une femme atteinte d'hémorrhagie grave post-abortive fut apportée dans le service de M. Bar.

On appela un interne qui fit le tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée ; mais la malade ne tarda pas à succomber, et à l'autopsie on trouva dans le péritoine un liquide sanguinolent d'un aspect tout particulier. On en fit l'examen et on constata la présence de cristaux d'iodoforme qui se trouvaient aussi dans toute la longueur de la trompe. Le sang, arrêté par le tampon intra-utérin, avait donc reflué par les trompes et s'était épanché dans le péritoine en entraînant avec lui de l'iodoforme ».

En somme, nous croyons que l'application des petits ballons Champetier, dans la rétention placentaire simple,

est une excellente méthode. Ces ballons provoquent dans la moitié des cas l'expulsion placentaire, ils mettent la femme à l'abri de l'hémorrhagie et dilatent largement la cavité utérine, ce qui permet de recourir au curage digital lorsque l'expulsion n'a pas eu lieu.

Aussi les employons-nous systématiquement dans toute rétention placentaire. Alors même que le col serait suffisamment dilaté pour permettre le curage digital d'emblée, nous commençons toujours par introduire un ballon.

C'est, qu'en effet, ce procédé nous paraît encore plus facile à exécuter que le curage digital, surtout chez les primipares. En outre, il est moins douloureux et n'exige pas l'emploi du chloroforme.

OBSERVATION I

Recueillie à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, année 1897,
n° 580 du registre.

Avortement fait en ville le 5 septembre 1897 (Rétention placentaire. Introduction de ballon Champetier 4 jours après la sortie du fœtus. Expulsion du délivre).

La nommée B..., femme Leg..., 34 ans, ménagère, quintipare, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 8 septembre 1897 à 4 heures du soir. Les dernières règles sont apparues du 25 au 28 mai 1897.

Le 24 août 1897 à 2 heures du soir la malade a des pertes sanguines suivies de douleurs abdominales. L'écoulement sanguin a duré 13 jours jusqu'au 5 septembre.

Miot

Ce jour-là elle expulse un embryon de 3 mois. Elle fait appeler une sage-femme; celle-ci arrive le 6 septembre, un jour après l'expulsion de l'embryon. Elle trouve au dire de la malade, la matrice fermée et ne sent pas le placenta. Elle prescrit des injections vaginales et le repos au lit.

La malade depuis cette époque perd peu et se porte bien. Mais le 8 septembre au matin ayant voulu se lever elle fut prise d'une hémorrhagie assez abondante avec pâleur et syncope.

On fait transporter à l'hôpital à 4 heures du soir. Au toucher le col est entr'ouvert et permet l'introduction du petit doigt. Les injections vaginales chaudes arrêtent l'hémorrhagie légère qui existait encore.

Le 9 septembre à 11 heures du matin, à la visite, on lui met un ballon Champetier de 300 grammes. Il est expulsé à 5 heures du soir.

Le placenta suit le ballon à quelques minutes d'intervalle. Il est entier. Température et suites normales.

OBSERVATION II

Recueillie à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, n° 613 du registre; année 1897.

(Avortement de 3 mois fait en ville. Rétention placentaire. Application d'un petit ballon Champetier 2 jours après l'expulsion fœtale).

La nommée M..., Elise, 36 ans, domestique, secondipare entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le 27 septembre 1897 à 8 heures du matin.

Date des dernières règles du 8 au 13 juillet 1897.

Elle avait fait un avortement chez elle le 25 septembre à 6 heures du soir. Le fœtus seul avait été expulsé.

A son arrivée elle perd encore un peu de sang, mais n'a pas de température ni de lochies fétides. Pouls 88. Le col est entr'ouvert et admet à peine le petit doigt.

Une heure après son entrée on introduit un ballon de Champetier de 200 grammes. Il est expulsé 2 heures après. Le placenta entier suit immédiatement le ballon. Suites normales.

OBSERVATION III

Recueillie à la Maternité de Saint-Louis, n° du registre 460,
année 1897.

(Avortement de 4 mois. Rétention placentaire, première application d'un ballon de Champetier qui échoue; deuxième application du même ballon, cette fois avec succès).

La nommée L..., 27 ans, IV^e pare, entre à la Maternité de Saint-Louis le 12 août 1897, à 3 heures et demie du soir. Date des dernières règles du 10 au 15 mars 1897.

Le 8 août elle a fait en ville un avortement de 4 mois. Le fœtus seul a été expulsé. Elle n'est pas délivrée.

A son arrivée, le 12 août, 2 heures après, on lui met un ballon de Champetier de 250 grammes qui reste à demeure jusqu'au 13 août à 5 heures du matin, mais sans résultat. Le toucher intra-utérin pratiqué après l'expulsion du ballon permet de constater que le placenta adhère de toutes parts à l'utérus.

Le même jour on fait une seconde application de ballon à

midi 30. Il est expulsé avec le placenta à 3 heures et demie du soir.

Le placenta est entier et pèse 260 grammes.

Température et suites normales.

OBSERVATION IV

Recueillie à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis,
n° du registre 448.

(Avortement de 5 mois. Rétention placentaire. Première application d'un ballon excitateur de Tarnier qui échoue ; application d'un petit ballon Champetier, succès).

La nommée L... Lisa, 25 ans, secondipare, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 7 août 1887 à 6 heures et demie du soir. Date des dernières règles du 5 au 8 février.

Elle ressentait des douleurs depuis deux jours avec pertes hémorrhagiques. Le soir de son entrée à l'hôpital elle avait expulsé un fœtus mort à 3 heures et demie de l'après-midi.

Mais le placenta reste en entier dans l'utérus.

9 août. — Ne voyant rien venir, on se décide à intervenir.

En introduisant le doigt dans l'utérus à travers la large dilatation du col, on sent le placenta qui repose sur le segment inférieur. La température est de 36°,8 ; le pouls à 96. Pas de fétidité des lochies.

A 10 heures un ballon de Tarnier de 150 grammes est mis dans l'utérus dans l'espoir de provoquer des contractions.

A midi. Contractions utérines faibles.

A 5 heures du soir, toujours peu de contractions. On enlève

le ballon Tarnier et on laisse la femme dans le même état jusqu'au lendemain.

Le 10 août. — A 9 heures du matin, à la visite, on se décide à mettre un ballon Champetier de 250 grammes.

A midi le ballon est expulsé avec le placenta.

Celui-ci paraît complet. Du reste on s'assure par le toucher intra-utérin que la cavité utérine ne contient plus aucun débris.

Suites normales.

OBSERVATION V

Recueillie à la Maternité de l'hôpital Tenon. N° du registre 360. (Avortement gémellaire de 3 mois fait en ville. Rétention placentaire. Ballon Champetier deux jours après la sortie du second fœtus. Expulsion en délivre derrière le ballon).

La nommée B... née Lebaillif, âgée de 23 ans, blanchisseuse, secondipare, entre à la Maternité de l'hôpital Tenon, le 1^{er} août 1897, à 1 heure de l'après-midi.

Date des dernières règles du 15 au 19 avril 1897.

A son arrivée elle déclare avoir expulsé deux fœtus à 5 jours d'intervalle, le premier qui était momifié, fut expulsé le 25 juillet ; le second le 30 juillet.

A l'examen on trouve une température normale de 37° ; pas de lochies fétides ; poulx 90. Le col admet facilement l'introduction de l'index. Le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus. Il est décollé à droite.

On fait une injection vaginale à l'iode à 3 pour 1000, et on introduit un petit ballon de Champetier.

A 4 heures le ballon est expulsé avec le placenta entier.

Suites normales.

OBSERVATION VI

Recueillie à la Maternité de l'hôpital Tenon. N° du registre 463.

Année 1897.

(Avortement de 4 mois. Ballon de Champetier. Expulsion du placenta derrière le ballon).

La nommée Marie L..., 39 ans, couturière, VI^e pare, entre à l'hôpital Tenon, le 15 septembre 1897.

Date des dernières règles du 12 au 15 mai 1897.

Le 20 août. — La femme a eu des pertes légères caractérisées par un liquide jaunâtre teinté de sang, accompagnées de douleurs dans la région lombaire.

Ces pertes se prolongent jusqu'au 15 septembre, jour où elle perd du sang en plus grande abondance.

Elle entre à l'hôpital le soir de ce même jour.

L'avortement se fait petit à petit, et le 18 septembre à 3 heures et demie du soir elle expulse un fœtus mort et macéré.

Elle commence à reperdre un peu de sang, elle a des syncopes, et comme le placenta ne descend toujours pas, on se décide à introduire un petit ballon Champetier à 7 heures du soir. A 11 heures du soir le même jour le placenta est expulsé avec le ballon.

Suites normales.

OBSERVATION VII

Recueillie à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, n° du registre 172.
Année 1897.

(Avortement de 4 mois et demi. Rétention placentaire. Introduction d'un petit ballon de Champetier, 29 heures après la sortie du fœtus. Curage digital).

La nommée Anna M..., 26 ans, bonne de restaurant, secondipare entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 13 février 1897, à 8 heures du matin.

Elle a eu ses dernières règles du 15 au 21 septembre 1896.

Le 20 janvier. — La malade en descendant dans une cave a fait une chute dans l'escalier. Elle n'a ressenti à ce moment aucune douleur, ni dans l'abdomen ni dans la région lombaire.

25 janvier. — Elle a commencé à perdre une assez grande quantité d'un liquide légèrement sanguinolent en même temps que sont apparues les premières douleurs abdominales. Les jours suivants elle a gardé le lit. Les douleurs se calment mais l'écoulement continue toujours.

1^{er} février. — Elle reprend son travail.

3 février. — Les douleurs reviennent et les pertes sont abondantes. Elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu où on lui ordonne simplement le repos au lit, traitement qu'elle suit pendant les 5 jours suivants, pour reprendre ensuite son travail jusqu'au soir du 12 février.

12 février. — A 4 heures du soir elle ressent de violentes douleurs, elle continue son service jusqu'à 10 heures du soir. Les

pertes étant toujours très abondantes, elle se couche et les douleurs cessent immédiatement.

Elle dort bien une partie de la nuit.

13 février. — Elle se réveille à 4 heures du matin avec envie d'uriner ; elle se lève et pendant qu'elle urine elle expulse spontanément son fœtus sans ressentir aucune douleur.

Elle arrive à 8 heures du matin à la consultation de l'Hôtel-Dieu apportant le fœtus. Le cordon prend à la vulve. On lui donne un bain de plusieurs injections vaginales.

14 février. — A 9 heures du matin, bien que la température soit normale, l'état de la malade satisfaisant et qu'il n'y ait aucune indication d'agir, on cherche à réveiller les contractions utérines par l'introduction d'un ballon Champetier.

On met deux valves, on abaisse l'utérus à l'aide d'une pince de Museux et on introduit un petit ballon de Champetier. On injecte 150 grammes de liquide dans le ballon.

Une demi-heure après les douleurs commencent à apparaître d'abord légères, peu rapprochées, puis de plus en plus fortes et se succédant sans discontinuité.

Enfin à 2 heures le ballon est expulsé.

M. Hivet, interne du service, enlève le ballon, pratique le toucher vaginal et constate que le placenta vient faire légèrement hernie au niveau de l'orifice utérin.

Il introduit facilement un doigt dans la cavité utérine, constate que le placenta n'est que partiellement décollé, donne une injection intra-utérine d'un litre et procède ensuite au curage digital.

Température et suites normales.

OBSERVATION VIII.

Recueillie à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. N° du registre 49.

Année 1897.

(Avortement de 5 mois et demi. Rétention placentaire.
Application de ballon Champetier 25 heures après l'expulsion fœtale. Curage digital).

La nommée S... Marie, 39 ans, couturière, secondipare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 11 janvier 1897 à 10 heures du matin.

Date des dernières règles du 15 au 20 juillet 1896.

Elle vient parce qu'elle perd du sang depuis 2 jours et ressent des douleurs depuis la veille à 8 heures du soir.

A l'examen, on constate une grossesse d'environ 5 mois $1/2$.

La dilatation est de 1 fr.

On lui fait plusieurs injections vaginales chaudes et on la met en observation.

Le 13 janvier, à 10 heures du matin, on trouve le fœtus dans le vagin. On l'extraît facilement.

La femme ne perdant pas, on attend que la délivrance se fasse spontanément. Le lendemain et les jours suivants pas de perte sanguine, pas de fétidité des lochies, pas d'élévation de température, ni d'augmentation des pulsations.

Le 14 janvier. — A 11 heures du matin, on introduit un ballon Champetier contenant environ 250 grammes de liquide.

A 7 heures du soir il est entièrement dans le vagin, on le retire.

Le placenta n'apparaissant pas, M. Potocki pratique le toucher

intra-utérin. Il trouve le placenta décollé sur son bord droit. Il achève facilement le décollement commencé avec le doigt et extrait le délivre avec de nombreux caillots.

Température et suites normales.

OBSERVATION IX

Recueillie à la Maternité de l'hôpital Tenon. N° 382, année 1897.
(Avortement de 2 mois 1/2. Introduction d'un ballon Champetier trois jours après l'expulsion fœtale. Curage digital).

La nommée P..., 34 ans, fleuriste. IV^e pare entre à l'hôpital Tenon le 16 août 1897 à 10 heures du soir.

Elle a eu ses dernières règles du 22 au 26 mai 1897. Elle arrive dans le service envoyée par un médecin qui déclare que cette femme a fait ce même jour à 5 heures du soir un avortement de 2 mois et demi et qu'elle n'est pas délivrée.

La malade ne perd pas. Le pouls est bon, la température est à 37°. On lui fait deux injections vaginales, une toilette vulvaire, un pansement à la gaze iodoformée.

Le 17 août. — La température est toujours normale, pas d'hémorrhagie ni d'odeur. Pouls 85.

18 août. — Même état. M. le docteur Potocki, pensant que la délivrance a peu de chances de se faire seule, conseille de provoquer les contractions utérines avec un ballon Champetier.

▲ 4 heures du soir, on introduit dans l'utérus un petit ballon dans lequel on injecte 60 grammes d'eau bouillie. Le col est long de 0 m. 03, ouvert largement à l'orifice externe et admettant presque le médius dans la cavité utérine. On sent très bien le placenta dont une partie affleure l'orifice interne.

5 heures du soir. — Pas de contractions. Pas d'odeur.

Température 37°.

Une partie de la nuit pas de contractions utérines.

19. — A 4 heures du matin apparaissent des douleurs et à 9 heures le ballon est expulsé.

Le délivre étant resté dans l'utérus, on procède à son décollement à l'aide du doigt.

Température et suites normales.

OBSERVATION X

Recueillie à la Maternité de l'hôpital Tenon, n° 373.
(Avortement de 5 mois. Ballon Champetier 3 jours après la sortie du fœtus. Curage digital).

La nommée V..., 37 ans, ménagère, octipare entre à la Maternité de Tenon le 16 août 1897 à midi.

Les dernières règles sont apparues du 28 mars au 3 avril.

Trois jours auparavant, à la suite d'une violente émotion la femme fut prise de douleurs abdominales, de vomissements et de pertes sanguines. Elle expulsa un fœtus d'environ 5 mois.

Mais l'expulsion du placenta n'étant pas faite, elle continue à perdre du sang pendant 3 jours consécutifs. Elle se décide alors à rentrer dans le service.

Le col est entr'ouvert, permettant l'introduction de l'index, on peut retirer avec le doigt quelques débris placentaires. Température 37°. Pas de fétidité des lochies. Pouls 26.

A 2 heures on place la malade en position obstétricale, on introduit un des petits ballons de Champetier.

A 5 heures le ballon est expulsé. Le placenta étant retenu dans

l'utérus, on fait le curage digital. On ramène une quantité de débris placentaires. On termine par une injection intra-utérine, un pansement à la gaze iodoformée.

Suites normales.

OBSERVATION XI

Recueillie à la Maternité de l'hôpital Tenon, n° 390.
(Avortement de 4 mois. Rétention du placenta. Pas d'infection ni d'hémorrhagie. Ballon Champetier. Curage digital).

La nommée V., Dum., 39 ans, ménagère, X^e pare, entre à la Maternité de l'hôpital Tenon le 21 août 1897 à 5 h. 30 du matin. Date des dernières règles du 26 au 30 avril.

Cette femme vient de faire en ville un avortement de 4 mois environ pendant la nuit. Elle entre parce qu'elle veut se faire délivrer.

21 août, 5 h. 30. Température 37° —le matin ; le soir du même jour 37°.

22 août, à 7 heures 37°. — A 2 heures de l'après-midi on se décide à intervenir. Le col étant rétréci on le dilate avec des bougies d'Hégar et on introduit un petit ballon Champetier.

A 6 heures du soir il est expulsé. Une grande partie du placenta l'accompagne. On fait quelques injections vaginales chaudes on attend la sortie des débris restants. Au bout d'une heure on se décide à aller le chercher avec le doigt. Température et suites normales.

CONCLUSIONS

Après l'avortement le placenta peut être retenu dans la cavité utérine. La délivrance spontanée est de ce fait retardée et la durée de la rétention varie entre un jour et plusieurs semaines.

Pendant ce temps la femme est exposée à des hémorragies et à la septicémie. Mais s'il ne survient pas d'accidents elle n'en doit pas moins être l'objet d'une surveillance médicale attentive.

Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il y a tout avantage à intervenir et à provoquer l'évacuation de l'utérus aussitôt que la rétention placentaire sera confirmée, c'est-à-dire vingt-quatre à quarante-huit heures après l'avortement.

Nous pensons que le procédé de choix consiste dans l'introduction de ballons intra-utérins, qui agissent en

déterminant des contractions utérines grâce auxquelles le placenta se décolle et est expulsé derrière le ballon.

Si le placenta reste adhérent on profite de la dilatation produite par le ballon pour introduire immédiatement les doigts dans l'utérus et procéder au curage digital.

Vu par le Président de la thèse.

PINARD

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD





